

24 DE JUNIO
2024
REC 2.822

CÓRDOBA

- En 2023 aumentaron los casos de tuberculosis

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de fiebre chikungunya y otras arbovirosis

AMÉRICA

- Aumento de casos de dengue en la Región

- Costa Rica: Confirmaron la primera muerte en el país con diagnóstico de miasis por gusano barrenador

- Estados Unidos: Muerte por hantaviriosis en el estado de Washington

- Estados Unidos: Casos de infección por *Corynebacterium ulcerans* en Colorado y Utah en 2022/2023

- República Dominicana: Se disparan los casos de malaria, con dos focos en el sur del país

EL MUNDO

- Chad: El país eliminó la tripanosomosis africana humana como problema de salud pública

- Etiopía: Brote de carbunco en Tigray

- Kenia: Situación epidemiológica del sarampión

- Madagascar: Uno de los pocos países del mundo donde la peste sigue siendo endémica

- Palestina: Preocupación por la escalada de la crisis sanitaria en Cisjordania

- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la mpox

- Tanzania: Situación epidemiológica del cólera

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntosRUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS**Editores Asociados**

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // LOLA VOZZA
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO
SERGIO CIMERMAN

Patrocinador

sadi Sociedad Argentina
de Infectología
WWW.SADI.ORG.AR

Adherentes

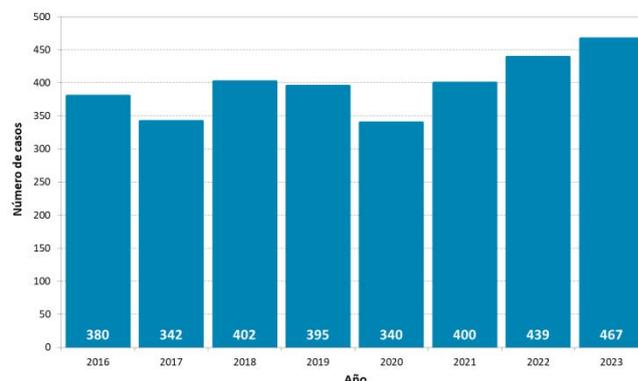


Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

Después de la pandemia de covid, se aceleró el crecimiento de los nuevos casos de tuberculosis en Argentina y, aunque en menor medida, ese crecimiento también se observó en Córdoba. Desde el año 2016, los nuevos casos de tuberculosis en la provincia fluctuaron entre los 340 y los 467 el año pasado, con el mayor incremento durante los últimos tres años. Los casos aumentaron 22,9% en siete años.



Casos de tuberculosis. Provincia de Córdoba. Años 2016/2023. Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia.

Al comparar las tasas de notificación de casos de tuberculosis se observa que Córdoba se mantiene por debajo de la media nacional en un promedio de 14 puntos porcentuales. El comportamiento de la patología es similar al nacional, con un descenso en el año 2020 a partir del cual se observa un incremento por encima de las tasas prepandémicas. Esto puede responder a las dificultades en el acceso y prestación de los servicios de salud durante el aislamiento.

Hasta el mes de mayo de este año se notificaron 183 casos. De sostenerse este mismo ritmo de notificaciones, se llegará a un registro similar o levemente inferior al del año 2023. En lo que va de 2024, el mayor porcentaje de casos (40,4%) corresponde a personas de 35 a 64 años de edad. Y el 62,3% de los casos corresponde a varones. Enfermedad vinculada a la pobreza y condiciones precarias de vida, son las grandes ciudades las que presentan mayor cantidad de población vulnerable. Esto se refleja en el dato que muestra que 58,5% de los casos de tuberculosis de este año se registran en el departamento Capital.

Hay cinco muertes presuntamente por tuberculosis, este año, que están siendo investigadas.

Un indicador más del crecimiento de la incidencia de esta enfermedad es que en 2023 se realizaron 242 controles de foco y en lo que va del año se efectuaron 416. Por cada paciente diagnosticado de tuberculosis hay en promedio 14 contactos entre convivientes y no convivientes. El estudio de contactos permite detectar a quienes están en riesgo de ser infectados y protegerlos, mediante un procedimiento de quimioprofilaxis primaria. Con los infectados recientes se busca evitar el desarrollo de la enfermedad a través de la quimioprofilaxis secundaria.

La medicación para el tratamiento de la tuberculosis era habitualmente provista por el Programa Nacional. Pero por las demoras en los envíos, en marzo de este año la provincia com-

pró 15.000 cápsulas de isoniacida de 300 mg y 30.000 de rifampicina de 300 mg para suplir el faltante nacional.

Actualmente se encuentran en seguimiento 505 pacientes. De ese total, 305 se encuentran en tratamiento, cinco de ellos con medicación de segunda línea y otros 200 con profilaxis.

Cuando la provisión se ve afectada, por algún motivo, la provincia realiza la compra. Es importante remarcar que la continuidad del tratamiento es fundamental para evitar recaídas y resistencia a los fármacos.

Además, al 31 de mayo de 2024, 70 pacientes reciben un subsidio provincial por la incapacidad laboral que les ocasionó la enfermedad.

Fuerte aumento durante la pandemia

En 2020, dado el aislamiento social preventivo y obligatorio, el número de nuevos casos de tuberculosis descendió, regresando en 2021 a los niveles prepandémicos, con una posterior tendencia ascendente hasta 2023. En este año, tanto el número de casos como la tasa de notificación fueron superiores a toda la serie de los últimos 15 años. La tasa cada 100.000 habitantes en Argentina en 2023 fue de 29,8 y la tasa de mortalidad, ajustadas por edad fue de 1,5 en 2022. Ambos valores se encuentran muy por encima de los registrados en Córdoba, en la cual se registraron una tasa de notificación de nuevos casos de 12,8 cada 100.000 habitantes y una tasa de mortalidad de 0,5.

En cuanto a muertes, en el período 2015-2022 se registraron 143 muertes por tuberculosis en Córdoba, con un promedio de 18 muertes por año. La tasa bruta de mortalidad por tuberculosis en la provincia registró valores en torno a 0,5 muertes cada 100.000 habitantes, muy por debajo de la tasa bruta a nivel nacional, cuyo valor fue de 1,6 muertes cada 100.000 habitantes.

“Esto muestra que si bien esta enfermedad está vinculada a la pobreza, también tiene una alta incidencia el acceso al sistema sanitario en todos los niveles de atención. No es sólo pobreza”, interpretó el ministro de Salud de Córdoba, Dr. Ricardo Oscar Pieckenstainer.

Refuerzo y descentralización de la atención

El aumento de la incidencia de casos llevó a que desde el año 2022 se incorporaran siete nuevos efectores de segundo y tercer nivel de atención a la red de seguimiento clínico, en la ciudad de Córdoba. Actualmente, 12 establecimientos de la ciudad de Córdoba y 25 del interior provincial reciben derivaciones del primer nivel para el seguimiento de casos de tuberculosis. Desde antes de 2022 se atendían casos en el Hospital ‘Dr. Guillermo Golesbery Rawson’, el Hospital ‘Nuestra Señora de la Misericordia’ del Nuevo Siglo, el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, el Hospital San Roque y el Hospital ‘Tránsito Cáceres de Allende’. Los siete nuevos centros de referencia en Capital la ciudad de Córdoba son el Hospital Provincial del Suroeste ‘Eva Perón’, el Hospital Provincial del Noreste ‘Elpidio Ángel Torres’, el Hospital Municipal ‘Príncipe de Asturias’, el Hospital Infantil Municipal, el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, el Hospital Provincial del Sureste ‘Florencio Díaz’ y el Hospital Córdoba.

Aumento de la tuberculosis en jóvenes

En la provincia, se registró un incremento de los casos de tuberculosis en menores de 20 años: en 2021 hubo 63 casos; 72 en 2022, y 74 en 2023. Estos casos representan alrededor de 16% de la totalidad de pacientes notificados en cada año. La tasa de incidencia muestra una

tendencia en ascenso, aunque por debajo de la informada para menores de 20 años a nivel nacional para el año 2019, que fue de 14,3 casos cada 100.000 habitantes.

El regreso mundial de la tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad reemergente, prevenible y generalmente curable. Sin embargo, en 2022, fue la segunda causa de muerte por un solo agente infeccioso en el mundo, después del SARS-CoV-2, y causó casi el doble de muertes que el VIH/sida. Más de 10 millones de personas siguen enfermando de tuberculosis cada año.

El número de personas recién diagnosticadas con tuberculosis a nivel mundial informado en el año 2022 fue de 7,5 millones. Esta es la cifra más alta desde que la Organización Mundial de la Salud comenzó el seguimiento global de esta infección en 1995, por encima de la línea de base anterior a la pandemia de covid y del pico histórico anterior de 7,1 millones en 2019.

Argentina

BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
NACIONAL

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE CHIKUNGUNYA Y OTRAS ARBOVIROSIS

15/06/2024

En el período comprendido entre la semana epidemiológica (SE) 31 de 2023 y la SE 23 de 2024, se registraron en Argentina 847 casos de fiebre chikungunya, de los cuales 740 no tenían antecedentes de viaje, 41 fueron importados y 66 se encuentran en investigación.

Provincia/Región	Casos autóctonos	Casos en investigación	Casos importados	Total de casos	Casos investigados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	3	3	431
Buenos Aires	52	28	4	84	2.855
Córdoba	32	4	4	40	2.031
Entre Ríos	—	—	1	1	38
Santa Fe	124	1	10	135	2.588
Centro	208	33	22	263	7.943
Mendoza	—	—	1	1	127
San Juan	—	—	—	—	4
San Luis	—	—	—	—	14
Cuyo	—	—	1	1	145
Chaco	271	—	6	277	1.209
Corrientes	—	—	1	1	57
Formosa	3	—	—	3	782
Misiones	20	—	2	22	356
Noreste Argentino	294	—	9	303	2.404
Catamarca	—	1	—	1	12
Jujuy	—	—	—	—	133
La Rioja	—	—	—	—	168
Salta	235	28	5	268	1.813
Santiago del Estero	3	4	1	8	131
Tucumán	—	—	3	3	85
Noroeste Argentino	238	33	9	280	2.342
Chubut	—	—	—	—	5
La Pampa	—	—	—	—	2
Neuquén	—	—	—	—	8
Río Negro	—	—	—	—	2
Santa Cruz	—	—	—	—	7
Tierra del Fuego	—	—	—	—	4
Sur	—	—	—	—	28
Total Argentina	740	66	41	847	12.862

Casos de fiebre chikungunya notificados según clasificación y antecedente de viaje. Argentina. Semanas epidemiológicas 31 de 2023 a 23 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

En lo que va de la temporada, se registraron casos autóctonos en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, en la región Centro; Chaco, Formosa y Misiones en la región Noreste Argentino; Salta y Santiago del Estero, en la región Noroeste Argentino. También se registraron casos importados o en investigación en 13 jurisdicciones.

Si bien los casos semanales han permanecido en un nivel bajo durante todo el año, la tendencia de casos ha ido en aumento desde fines de 2023 y hasta la SE 16 de 2024, cuando se registró el mayor número de casos (65). Desde la SE 19 de 2024 hasta la fecha, se registra circulación en localidades de Chaco y Salta, que se encuentran en situación de brote.

Fiebre amarilla

En la presente temporada no se registraron casos de fiebre amarilla en Argentina.

Los últimos casos se notificaron en 2018, cuando se registraron siete casos con antecedente de viaje a Brasil y sin antecedente de vacunación.

Hasta el momento, las sospechas de epizootias han sido descartadas.

Fiebre zika

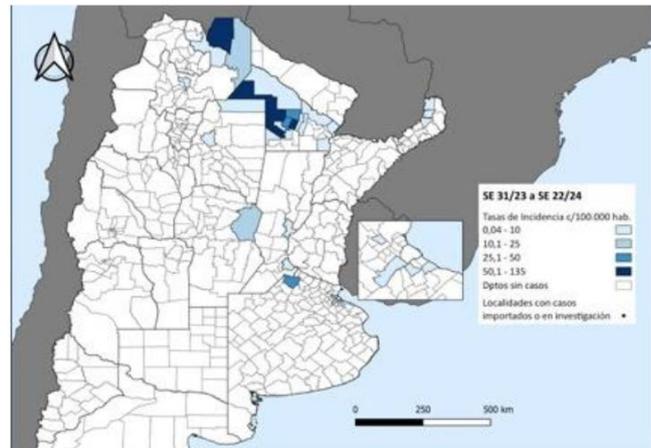
Hasta el momento, en la presente temporada, no se han registrado casos de fiebre zika.

Otros flavivirus

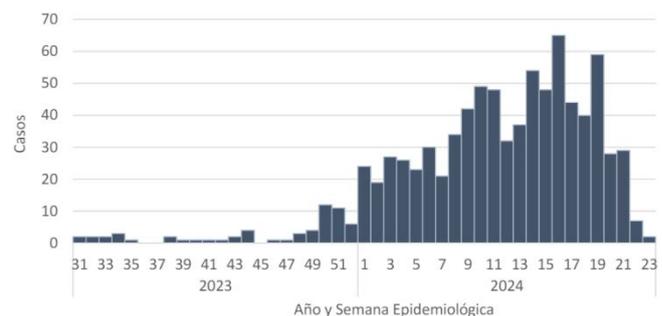
Entre la SE 31 de 2023 y la SE 23 de 2024, se notificaron 93 casos de encefalitis asociados a flavivirus: 50 confirmados, 39 probables y 4 clasificados como infección remota. De los casos confirmados, 13 presentan pruebas confirmatorias específicas para encefalitis de Saint Louis.

De los 93 casos, 87 se registraron en la región Centro (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe); tres casos probables en la región Noroeste Argentino (Jujuy); y tres casos probables en la región Noreste Argentino (Corrientes y Chaco). El promedio de edad de los casos es de 43 años.

Se reportó un caso confirmado fallecido por encefalitis de Saint Louis durante la temporada, en una paciente de 15 años de edad.



Tasa de incidencia cada 100.000 habitantes de casos confirmados y probables autóctonos de fiebre chikungunya por departamento. Argentina. Semanas epidemiológicas 31 de 2023 a 23 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados y probables de fiebre chikungunya. Argentina. Semanas epidemiológicas 31 de 2023 a 23 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Resumen de la situación

En la Región de las Américas, el número de casos de dengue registrados durante el primer semestre de 2024 superó al máximo número de casos reportado en un año, de todos los años anteriores registrados. Hasta la semana epidemiológica (SE) 23 de 2024, 43 países y territorios de la Región han reportado 9.386.082 casos de dengue, una cifra dos veces mayor al número de casos registrados durante todo 2023, 4.617.108 casos.

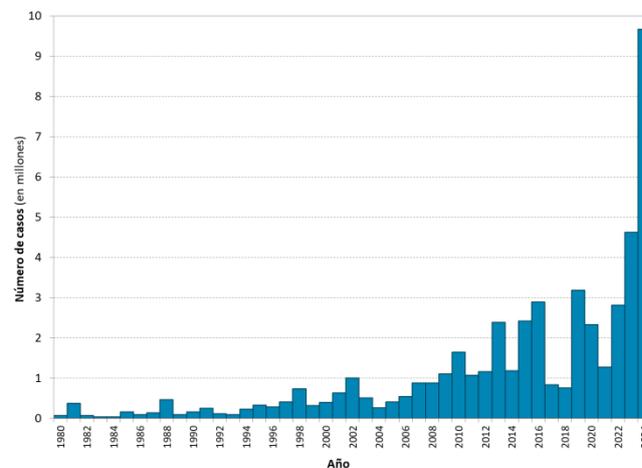
En 2024, hasta la SE 23, del total de casos reportados, 4.630.669 (49%) fueron confirmados por laboratorio. De este total, 9.582 fueron caracterizados como dengue grave (0,10%) y se registraron 4.529 casos fatales (tasa de letalidad de 0,048%). Los seis países que concentran 98% de los casos fatales en la Región de las Américas son: Brasil (3.643 muertes; 82,4%), Argentina (355 muertes; 8,0%), Perú (203 muertes; 4,5%), Paraguay (100 muertes; 2,3%), Colombia (74 muertes; 1,7%) y Ecuador (44 muertes; 0,9%).

Los cuatro serotipos del virus dengue están circulando en la Región de las Américas hasta la SE 23 del 2024. Brasil, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México y Panamá reportan circulación simultánea de los cuatro serotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4). Adicionalmente, Argentina, Perú y Puerto Rico reportaron circulación simultánea de DENV-1, DENV2 y DENV-3.

Subregión Istmo Centroamericano y México

En 2024, hasta la SE 23, se reportaron 174.868 casos de dengue, lo que representa un incremento de 92% respecto del mismo periodo de 2023 y de 155% con respecto al promedio de los últimos cinco años.

- **Guatemala:** En 2024, hasta la SE 23, se reportaron 27.951 casos de dengue, lo que significa un incremento de 516% en comparación al mismo periodo en 2023 y un 734% con respecto al promedio de los últimos cinco años. La tasa de incidencia acumulada en 2024, hasta la



Casos reportados de dengue. Región de las Américas. Años 1980/2024 (2024 hasta semana epidemiológica 23). Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

SE 23, es de 153 casos cada 100.000 habitantes; 20 casos (0,07%) fueron caracterizados como graves y se registraron 10 casos fatales (tasa de letalidad de 0,036%).

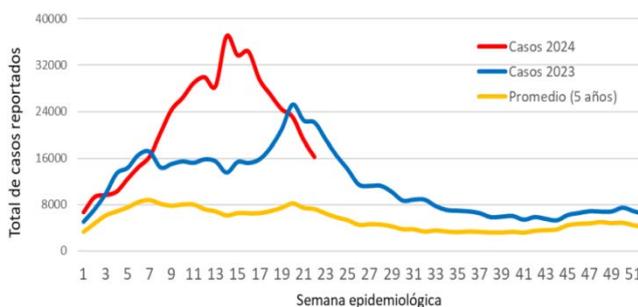
- **Honduras:** En 2024, hasta la SE 21, se reportaron 25.859 casos, lo que significa un incremento de 436% en comparación al mismo periodo en 2023 y de 199% con respecto al promedio de los últimos cinco años. La tasa de incidencia acumulada en 2024, hasta la SE 21, es de 257 casos cada 100.000 habitantes, 336 casos (1,29%) fueron caracterizados como graves y se registraron 20 casos fatales (tasa de letalidad de 0,077%).
- **México:** En 2024, hasta la SE 23, se reportaron 83.997 casos de dengue, lo que significa un incremento de 241% en comparación al mismo periodo en 2023 y de 357% con respecto al promedio de los últimos cinco años. Los estados que más casos reportaron fueron Guerrero, Tabasco y Quintana Roo. La tasa de incidencia acumulada en 2024, hasta la SE 23, es de 63 casos cada 100.000 habitantes, 510 casos (0,61%) fueron caracterizados como graves y se registraron 26 casos fatales (tasa de letalidad de 0,031%).



Casos de dengue. Subregión del Istmo Centroamericano y México. Años 2023/2024 (2024 hasta semana epidemiológica 22) y promedio de últimos cinco años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Casos de dengue. Subregión Caribe. Años 2023/2024 (2024 hasta semana epidemiológica 22) y promedio de últimos cinco años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



Casos de dengue. Subregión Andina. Años 2023/2024 (2024 hasta semana epidemiológica 22) y promedio de últimos cinco años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Subregión Caribe

En 2024, hasta la SE 23, se reportaron 56.024 casos sospechosos. La subregión registró un incremento de 469% en comparación con el mismo periodo de 2023 y de 552% con respecto al promedio de los últimos cinco años en la subregión.

- **República Dominicana:** En 2024, hasta la SE 23, se reportaron 8.790 casos sospechosos, lo que significa un incremento de 442% en comparación con el mismo periodo en 2023 y de 320% con respecto al promedio de los últimos cinco años. La tasa de incidencia acumulada en 2024, hasta la SE 23, es de 80 casos cada 100.000 habitantes. Adicionalmente, 60 casos (0,68%) fueron caracterizados como graves y no se reportaron casos fatales.

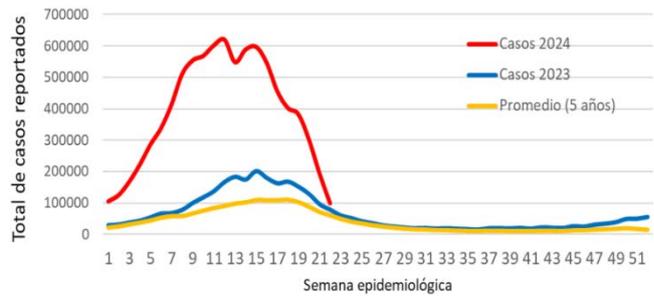
Subregión Andina

En 2024, hasta la SE 23, se reportaron 497.741 casos sospechosos. La subregión reportó un incremento de 37% respecto del mismo periodo de 2023 y de 211% con respecto al promedio de los últimos cinco años en la subregión.

- **Colombia:** En 2024, hasta la SE 23, se reportaron 175.962 casos de dengue, lo que significa un incremento de 352% en comparación al mismo periodo del promedio de los últimos cinco años. La tasa de incidencia acumulada en 2024, hasta la SE 23, es de 343 casos cada

100.000 habitantes; 1.592 casos (0,90%) fueron caracterizados como graves y se registraron 81 casos fatales (tasa de letalidad de 0,046%).

- **Ecuador:** En 2024, hasta la SE 22, se reportaron 35.189 casos, lo que significa un incremento de 273% en comparación con el mismo periodo del promedio de los últimos cinco años. La tasa de incidencia acumulada en 2024, hasta la SE 22, es de 197 casos cada 100.000 habitantes, 167 casos (0,47%) fueron caracterizados como graves y se registraron 44 casos fatales (tasa de letalidad de 0,125%).



Casos de dengue. Subregión Cono Sur. Años 2023/2024 (2024 hasta semana epidemiológica 22) y promedio de últimos cinco años. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

- **Perú:** En 2024, hasta la SE 23, se reportaron 249.843 casos de dengue, lo que significa un incremento de 376% en comparación con el mismo periodo del promedio de los últimos cinco años. La tasa de incidencia acumulada en 2024, hasta la SE 23, es de 749 casos cada 100.000 habitantes, 671 casos (0,27%) fueron caracterizados como graves y se registraron 207 casos fatales (tasa de letalidad de 0,083%).

Subregión Cono Sur

En 2024, hasta la SE 23, se notificaron 8.656.706 casos sospechosos en la subregión. Esto representa un incremento de 244% en comparación con el mismo periodo de 2023 y de 422% con respecto al promedio de los últimos cinco años en la subregión.

- **Argentina:** En 2024, hasta la SE 22, el número de casos notificados fue 504.580. Esto representa un aumento de más de 1.387% en comparación con el promedio de los últimos cinco años para el mismo periodo en el país. La tasa de incidencia acumulada en 2024, hasta la SE 22, es de 1.106 casos cada 100.000 habitantes, 722 casos (0,14%) fueron caracterizados como graves y se registraron 722 casos fatales (tasa de letalidad de 0,070%).
- **Brasil:** En 2024, hasta la SE 23, el número de casos notificados fue 7.866.769, representando un aumento de 230% con respecto al mismo periodo de 2023. La tasa de incidencia acumulada en 2024, hasta la SE 23, es de 3.676 casos cada 100.000 habitantes, 5.210 casos (0,07%) fueron caracterizados como graves y se registraron 3.643 casos fatales (tasa de letalidad de 0,046%).
- **Paraguay:** En 2024, hasta la SE 23, el número de casos notificados fue 284.502, lo que representa un aumento de 461% en comparación al promedio de los últimos cinco años para el mismo periodo en el país. La tasa de incidencia acumulada en 2024, hasta la SE 23, es de 3.766 casos cada 100.000 habitantes, se registraron 100 casos fatales (tasa de letalidad de 0,035%).

Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).



El Ministerio de Salud de Costa Rica confirmó que el 19 de junio se reportó el fallecimiento de una mujer de 19 años, oriunda de Guanacaste, paciente con patologías crónicas y con diagnóstico de miasis por gusano barrenador.

La paciente fue atendida en el Hospital de Upala por una lesión en la boca, donde se le detectaron larvas y fue trasladada al Hospital México. El 14 de junio se confirmó su diagnóstico de miasis por gusano barrenador mediante resultado de laboratorio emitido por el Laboratorio Nacional de Servicios Veterinarios (LANASEVE) del Servicio Nacional de Salud Animal (SENASA).

Ante esta situación, las autoridades del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el SENASA en coordinación interinstitucional, realizaron el abordaje y seguimiento epidemiológico, emitiendo las recomendaciones de prevención y control según lo indicado en el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en Humanos.

La miasis por gusano barrenador es una enfermedad parasitaria causada por la fase de larva o gusano de la mosca *Cochliomyia hominivorax*. Afecta a todos los animales de sangre caliente, incluso a los humanos. El mecanismo de transmisión es cuando la mosca deposita los huevecillos en heridas y/o mucosas de los orificios corporales, invadiendo los tejidos vivos como la piel, la cavidad ocular, oral, nasal, genital y otras.

Los síntomas en los humanos pueden incluir: dolor localizado, prurito intenso, malestar en la zona afectada, eritema cutáneo, nódulos cutáneos, herida supurante, presencia de una protuberancia dolorosa en la piel con sensación que se mueve, que puede ser un indicador inicial de la infestación. Con frecuencia, se pueden observar huevecillos y/o larvas visibles en la herida.

La miasis es una enfermedad de notificación obligatoria según el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en Humanos, el cual establece el abordaje epidemiológico de los casos confirmados en humanos. En el país se han reportado siete casos confirmados por laboratorio, por lo que es de suma importancia mantener la prevención y control de esta enfermedad.

El gusano barrenador del Nuevo Mundo (*Cochliomyia hominivorax*), durante sus fases larvianas es un parásito estricto de vertebrados de sangre caliente (incluidos los humanos), sin que muestre una preferencia por alguno de ellos. Perteneciente a la subfamilia *Chrysomyinae* de la familia Calliphoridae del orden Diptera (moscas verdaderas).

Las hembras de este díptero no depositan sus huevos en materia fecal, o en tejido en descomposición, sino que lo hacen en los bordes de heridas, en las mucosas lesionadas o en los alrededores de los orificios naturales escarificados. Las infestaciones se adquieren generalmente en sitios con heridas previas, debido a causas naturales o a prácticas ganaderas, pero también pueden producirse en las mucosas de los orificios corporales. Las moscas hembras son atraídas por las heridas, en cuyos bordes cada hembra pone una media de 343 huevos. Las larvas emergen en 12-24 horas e inmediatamente comienzan a alimentarse, escurriendo con la cabeza hacia abajo en la herida. Después de pasar por tres fases larvianas que implican dos mudas, las larvas abandonan la herida y caen al suelo, en el que se entierran hasta llegar a la fase de pupa.

Actualmente, los países del Caribe endémicos al gusano barrenador son Cuba, Jamaica, Haití, República Dominicana, Trinidad y Tobago, y se ha reportado recientemente su reemergencia en Centroamérica en Panamá y Costa Rica. En América del Sur, todos los países, con excepción de Chile, todos son endémicos al gusano barrenador.



El Distrito de Salud del Condado de Grant (GCHD) confirmó recientemente que un residente del condado de Grant en sus 20 años de edad murió a causa del hantavirus.

El Laboratorio de Salud Pública del Estado de Washington informó al GCHD del resultado positivo del laboratorio el 10 de junio de 2024. El individuo había tenido una exposición conocida a roedores antes de su enfermedad, probablemente dentro de un vehículo.

El último caso confirmado de hantavirrosis en el condado de Grant ocurrió en 2019. Este es el sexto caso de hantavirrosis en el Condado de Grant en los últimos 20 años.

El informe no menciona el hantavirus específico involucrado en este caso, pero sin duda se trata del virus Sin Nombre. Este virus es endémico en el oeste de América del Norte, incluido el estado de Washington. Los casos de infección por el hantavirus Sin Nombre ocurren esporádicamente en este estado. Aunque la persona infectada estuvo expuesta a roedores, este informe no menciona la situación específica en la que pudo haber ocurrido la exposición al virus, más allá de la probabilidad de que se tratara de un vehículo. Es lamentable que la persona infectada muriera a causa de la infección por el hantavirus Sin Nombre. Estas infecciones por síndrome pulmonar por hantavirus pueden volverse graves rápidamente con una tasa de letalidad de 38%. El ratón ciervo occidental (*Peromyscus sonoriensis*) puede sufrir una infección crónica y eliminar el virus en las heces, la saliva y la orina. El virus también puede transmitirse por una mordedura del roedor.

Con la primavera y el comienzo de la temporada de verano, la población en Estados Unidos y el sur de Canadá abren áreas de almacenamiento, cabañas y otros edificios que han estado cerrados durante el invierno. Las personas que limpien áreas con signos de presencia de roedores deben seguir las precauciones mencionadas anteriormente y las de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para evitar la exposición al virus.

Corynebacterium ulcerans toxigénica, un patógeno zoonótico poco común, puede causar enfermedades similares a la difteria en humanos. En abril de 2022, se notificó al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah sobre el aislamiento de *C. ulcerans* toxigénica confirmada por laboratorio, de la muestra de una herida que no cicatrizaba en la pierna de un residente de Utah con diabetes, y en abril de 2023, se notificó al Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado de *C. ulcerans* toxigénica confirmada por laboratorio aislada de un residente de Colorado que experimentaba síntomas de las vías respiratorias superiores que no se resolvían. Los funcionarios de salud de Utah y Colorado investigaron estas infecciones en humanos y sus mascotas domésticas.

El caso de Utah

El residente de Utah vivía con su cónyuge, otro compañero de casa, tres gatos y un perro. Los funcionarios de salud recomendaron cubrir las heridas, usar barbijos y desinfectar las superficies del hogar. Se hicieron pruebas al cónyuge del paciente, al otro compañero de casa y a las cuatro mascotas (todas asintomáticas); se aisló *C. ulcerans* toxigénica del cónyuge del paciente y de dos gatos. La secuenciación del genoma completo de los aislados de estos gatos y del caso índice encontró que eran del mismo tipo. El caso índice, su cónyuge y el otro compañero de casa fueron tratados empíricamente con penicilina, y las cuatro mascotas fueron tratadas con amoxicilina y ácido clavulánico. Después del tratamiento, se aisló *C. ulcerans* del caso índice y de todas las mascotas, pero no del cónyuge; al otro compañero de casa no se le volvió a hacer la prueba. Posteriormente, los resultados de susceptibilidad a los antibióticos del aislado inicial del caso índice indicaron que el organismo era susceptible a la eritromicina pero moderadamente susceptible a la penicilina, lo que indicaba que sería necesaria una dosis más alta de penicilina. Después que se tratara con eritromicina al caso índice, a la cónyuge del paciente, el compañero de casa y las cuatro mascotas, las pruebas realizadas a todas las personas y mascotas que vivían en la casa no detectaron *C. ulcerans*.

El caso de Colorado

El paciente de Colorado informó contacto cercano con su cónyuge, dos perros que vivían en la misma casa y un familiar y un perro visitantes que estuvieron en la casa durante dos noches; todos los contactos humanos y animales fueron asintomáticos. Los funcionarios de salud recomendaron que el paciente se quedara en casa y no fuera al trabajo y usara un barbijo durante sus actividades fuera del hogar. Se aisló *C. ulcerans* del paciente y del perro visitante, pero no del familiar visitante ni de los dos perros del propio paciente. La secuenciación del genoma completo de los aislados del paciente y del perro visitante encontró que eran del mismo tipo. El cónyuge del paciente rechazó la prueba pero fue tratada empíricamente con eritromicina. Durante el tratamiento, los resultados de las pruebas de susceptibilidad a los antibióticos tanto para los aislados humanos como para los perros indicaron susceptibilidad a la eritromicina. Después del tratamiento con eritromicina, las pruebas de seguimiento realizadas al paciente y al perro visitante no detectaron *C. ulcerans*.

Conclusiones

La infección por *C. diphtheriae* toxigénica es de declaración obligatoria a nivel nacional; sin embargo, la infección por *C. ulcerans* toxigénica no lo es. La enfermedad causada por *C. ulcerans* toxigénica puede imitar la infección por *C. diphtheriae* toxigénica y requiere una pronta identificación, tratamiento y control. Además, la vigilancia y la vacunación sistemática con vacunas que contienen toxoide diftérico son importantes para proteger a las personas de enfermedades graves mediadas por toxinas causadas por *Corynebacterium* spp.

Estos casos en Utah y Colorado representan los primeros casos reportados en Estados Unidos de infección por *C. ulcerans* toxigénica en humanos con colonización concurrente de mascotas domésticas. Se cree que *C. ulcerans* es un patógeno zoonótico; no se ha documentado la transmisión de persona a persona. La evidencia de esta investigación sugiere la ocurrencia de la transmisión de *C. ulcerans* toxigénica entre humanos y mascotas domésticas, aunque no se pudo determinar la dirección de la transmisión.

Aunque la penicilina o la eritromicina son tratamientos recomendados para las infecciones por *Corynebacterium* toxigénicas, esta investigación sugiere que el tratamiento de pacientes humanos y veterinarios debe basarse en los resultados de susceptibilidad a los antibióticos. Los funcionarios de salud pueden utilizar un enfoque de Una Salud que considere la salud humana, animal y ambiental para controlar la transmisión y las infecciones por *C. ulcerans*.

Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



El director de Epidemiología de República Dominicana, Ronald Eduardo Skewes Ramm, dijo que se dispararon los casos de malaria, con dos focos activos detectados en el sur del país, en las provincias de Azua y San Juan.

El funcionario dijo que estos casos son mayormente de inmigrantes haitianos que se dedican a la agricultura en esas zonas.

Skewes Ramm señaló que hasta el momento se contabilizan en el país 432 casos de la enfermedad. Solo en Azua se reportan 290, mientras en San Juan se registran 118 casos de malaria, cuyos síntomas pueden incluir fiebre, vómitos y dolor de cabeza. “Básicamente, esos focos de malaria involucran a migrantes que vienen a trabajar la cosecha, ya sea tomate, habichuelas etc., en esas zonas”, informó.

Esta cifra casi duplica el total anual de 2023, cuando se reportaron 260 casos. A esta misma fecha, el pasado año eran solo 120 los casos de malaria, sin registro de muertes. Esto representa un aumento de 260%.

Skewes Ramm informó que hasta el momento no se han registrado muertes por malaria.

Las autoridades sanitarias recomiendan a la población tomar las medidas preventivas para evitar el contagio.



CHAD

EL PAÍS ELIMINÓ LA TRIPANOSOMOSIS AFRICANA
HUMANA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

20/06/2024

La tripanosomiasis africana humana, también conocida como enfermedad del sueño, es una enfermedad parasitaria potencialmente mortal que afecta principalmente a las poblaciones rurales pobres, causadas por parásitos protozoarios *Trypanosoma*. Estos parásitos se transmiten a los humanos a través de la picadura de moscas tse-tsé infectadas, que contraen la infección de humanos o animales portadores de los parásitos. Existen dos formas de la enfermedad: una causada por *Trypanosoma brucei gambiense*, que se encuentra en 24 países de África Occidental y Central y representa más de 92% de los casos. La forma *T. b. gambiense* es la única forma de tripanosomosis africana humana transmitida en Chad. Existe otra forma, causada por *T. b. rhodesiense*, que se encuentra en 13 países del este y sur de África y representa los casos restantes.

La tripanosomosis africana humana puede causar inicialmente síntomas similares a los de la gripe, pero eventualmente provoca cambios de comportamiento, confusión, alteraciones del ciclo del sueño o incluso coma, lo que a menudo conduce a la muerte. Un mejor acceso al diagnóstico y tratamiento tempranos, así como a la vigilancia y la respuesta, ha demostrado que los países pueden controlar y eventualmente eliminar la transmisión.

En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó una iniciativa para reforzar la vigilancia y el control de la tripanosomosis africana humana en todos los países endémicos, en respuesta al creciente número de casos (más de 30.000 por año) notificados a principios de siglo. Se produjo una reducción progresiva de la incidencia, que alcanzó cifras históricamente bajas, de menos de 1.000 casos anuales, desde 2018, y unos 2,5 millones de personas fueron examinadas anualmente.

Al reconocer esta exitosa tendencia, la OMS se propuso eliminar la tripanosomosis africana humana como un problema de salud pública. Los países que notifican menos de un caso cada 10.000 habitantes por año en todos los distritos sanitarios durante cinco años consecutivos, con actividades de vigilancia adecuadas, son elegibles para la validación. Pueden presentar un expediente a la OMS para que lo evalúe un grupo independiente de expertos que pueden recomendar la validación si consideran que el país ha alcanzado este estatus.

Los expedientes nacionales deben documentar un trabajo sostenido realizado por personal de salud capacitado, que incluya: examen de pacientes con signos y síntomas compatibles con la tripanosomosis africana humana entre la población considerada de riesgo, mediante pruebas de laboratorio adecuadas; intervenciones reactivas realizadas en áreas focales donde se diagnosticaron casos; e intervenciones específicas de control de vectores. Los expedientes

también deberán detallar los planes para mantener la vigilancia y la capacidad de detectar y controlar cualquier rebrote de la enfermedad.

Côte d'Ivoire y Togo fueron los dos primeros países validados en 2020, lo que fue reconocido públicamente por la OMS en 2021. Posteriormente, Benin fue validado en noviembre de 2021, Uganda en abril de 2022 y Ruanda, el primer país validado para la eliminación de la enfermedad por *T. b. rhodesiense*, en abril de 2022. Guinea Ecuatorial fue validada en junio de 2022, y Ghana en enero de 2023 (ambas afectadas por la enfermedad por *T. b. gambiense*).

Chad fue validado para la eliminación de la tripanosomosis africana humana por *T. b. gambiense* como problema de salud pública en abril de 2024, y el trabajo continúa para interrumpir aún más la transmisión.

Chad es el primer país reconocido por eliminar una enfermedad tropical desatendida en 2024, convirtiéndose en el 51° país en alcanzar ese objetivo a nivel mundial y marcando el primer paso más allá del punto medio hacia el umbral global de 100 países establecido para 2030. La meta para los países es una de las cuatro metas generales globales establecidas en la [Hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030](#).

En junio de 2024, en toda la Región Africana de la OMS, 20 países habían eliminado al menos una enfermedad tropical desatendida: Togo había eliminado cuatro enfermedades y Benin y Ghana habían eliminado tres enfermedades cada uno.

Estos logros demuestran la implementación exitosa de las actividades de control de la tripanosomosis africana humana, que han llevado a un número muy bajo de casos, y el mantenimiento de un sistema de vigilancia apropiado para continuar avanzando hacia la eliminación de esta enfermedad en todo el continente africano.

Los nuevos objetivos de la OMS son más ambiciosos: la [Hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030](#) exige la interrupción de la transmisión de la tripanosomosis africana humana por *T. b. gambiense* (0 caso). Se desarrolló un nuevo proceso con criterios específicos para la verificación de la eliminación de su transmisión, y se publicó en noviembre de 2023 a la atención de los países que puedan cumplir con estos criterios de ahora en adelante.

La Oficina Regional de Salud de Tigray anunció un brote de carbunco en el distrito de Hintalo en el suroeste de Tigray, en la parte más septentrional de Etiopia.

De los 17 afectados que buscaron tratamiento en el Hospital Primario de Adigudem, cuatro fallecieron, y ocho continúan recibiendo atención hospitalaria; el resto fue dado de alta después del tratamiento.

Mebrahtom Haftey, líder del equipo de Gestión de Emergencias de Salud Pública afirmó que el incidente ocurrió el 5 de junio, cuando un buey enfermo infectado con carbunco y no vacunado fue sacrificado y la carne se compartió con aproximadamente 500 personas en 30 hogares.

Haftey enfatizó el papel de la reciente guerra en Tigray en la creación de las condiciones para este brote. “La falta de vacunas debido al conflicto y el consiguiente bloqueo humanitario perturbaron los servicios veterinarios”, explicó.

Según el funcionario, se han informado con frecuencia casos de carbunco en otras partes de Tigray, como Samre, Seharti y Yechila. “Las enfermedades anteriormente controladas están resurgiendo y afectando a los animales y a las personas debido a las lagunas creadas durante la guerra”, subrayó.

En junio de 2022, durante el pico de la guerra, agravado por la falta de acceso a medicamentos debido al bloqueo de facto, la Organización de Naciones Unidas informó que nueve personas en Mariam Adi-Gesheti, en la zona noroeste de la región de Tigray, dieron positivo por carbunco.

Haftey reveló que las autoridades sanitarias locales, el Hospital de Adigudem y la Universidad Mekelle están trabajando juntos para investigar más a fondo el brote, prevenir muertes adicionales y controlar los casos de carbunco identificados.

Destacó la importancia de retomar los programas de vacunación animal para prevenir futuros brotes. También destacó la necesidad de una mayor conciencia pública sobre el carbunco, incluidas prácticas adecuadas de manejo y consumo de productos animales, particularmente en comunidades vulnerables.

El carbunco es causado por *Bacillus anthracis*, un patógeno bacteriano en el ganado y los animales salvajes. Los rumiantes como los bisontes, el ganado vacuno, las ovejas y las cabras son muy susceptibles, y los caballos también pueden infectarse.

El carbunco es una enfermedad muy grave del ganado porque potencialmente puede provocar la pérdida de un gran número de animales en muy poco tiempo. Los animales afectados suelen encontrarse muertos sin que se detecte ninguna enfermedad.

Cuando las condiciones se vuelven favorables, las esporas germinan en colonias de bacterias. Un ejemplo sería que una vaca que pasta ingiere esporas que germinan en el animal, se propagan y eventualmente lo matan. Esta bacteria formadora de esporas puede sobrevivir en el ambiente durante décadas debido a su capacidad para resistir el calor, el frío, la desecación, etc. Esta suele ser la etapa infecciosa del carbunco.

No hay informes de transmisión de carbunco de persona a persona. Las personas contraen carbunco al manipular animales o productos animales contaminados, al consumir carne poco cocida de animales infectados y, más recientemente, al liberar intencionalmente esporas.

Hay tres tipos de carbunco humano con diferentes grados de gravedad: cutáneo, gastrointestinal y por inhalación.

El brote de sarampión en Kenya continúa desde el 17 de diciembre de 2023. Al 11 de junio de 2024, se habían notificado 1.536 casos, incluidos 199 casos confirmados y 11 muertes, lo que resultó en una tasa de letalidad de 0,7%.

El grupo etario más afectado es el de los menores de cinco años (563 casos), seguido por el de 15 años y más (386), el de 5 a 9 años (319) y el de 10 a 14 años (242); en 26 casos no se cuenta con los datos de edad.

De los casos reportados, 52% son hombres. Este brote se ha notificado en 10 de los 47 condados de Kenya (21,3%), y nueve condados afectados por las inundaciones notifican activamente casos. El condado de Garissa notificó 48,2% de todos los casos (740 casos), principalmente en el subcondado de Dadaab (634 casos), seguido de Turkana (582 casos, 37,9%), Mombasa (52 casos), Mandera (48), Wajir (36), Kwale (20), Kilifi (18), Samburu (16), Meru (16) y Tana River (8). Seis subcondados en tres condados tienen brotes activos: Dadaab, Fati y Garissa Township en el condado de Garissa, Loima y Turkana West en el condado de Turkana, y Wajir South en el condado de Wajir.

De las 11 muertes, 10 ocurrieron en el condado de Turkana (tasa de letalidad de 1,7%) y una en el condado de Garissa (tasa de letalidad de 0,1%).

Sólo 6,0% de los casos de sarampión informaron haber recibido dos dosis de la vacuna con componente antisarampionoso; 14,0% recibió una dosis; 34,0% no estaba vacunado y 46,0% tenía un estado de vacunación desconocido.

Antes del inicio de la temporada de lluvias de marzo-abril-mayo, el periodo de duplicación del brote era de 8,2 días. Después del inicio de las lluvias, este periodo disminuyó a 7,1 días, lo que sugiere una tasa de crecimiento potencialmente acelerada durante la temporada de lluvias en comparación con antes de que comenzara.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud, en colaboración con sus socios, está liderando la respuesta al brote para garantizar un enfoque organizado y eficaz.
- Se han fortalecido los esfuerzos de vigilancia para facilitar la detección temprana de casos y permitir una respuesta rápida.
- Se están realizando esfuerzos para gestionar los nuevos casos de acuerdo con las directrices nacionales, con el objetivo de controlar la propagación de la enfermedad y reducir la gravedad de la enfermedad y las muertes.
- Se mantiene una lista completa de casos para monitorear el progreso del brote y guiar las intervenciones.
- El Ministerio de Salud tiene previsto implementar una campaña de vacunación reactiva en los subcondados afectados. Se ha presentado una solicitud a la Iniciativa contra el Sarampión y la Rubéola para solicitar apoyo adicional, incluidas vacunas, suministros médicos y fondos operativos para la campaña de vacunación.

- Se han fortalecido los esfuerzos de comunicación de riesgos y participación comunitaria en las áreas afectadas.

Interpretación de la situación

El brote de sarampión en Kenya ha afectado gravemente a los menores de cinco años, que representan la mayoría de los casos. La baja cobertura de vacunación, con solo un pequeño porcentaje que ha recibido dos dosis y una proporción sustancial sin vacunar, pone de relieve una importante brecha en la salud pública. El periodo de duplicación del brote disminuyó durante la temporada de lluvias de marzo, abril y mayo, lo que sugiere una propagación más rápida debido a factores ambientales. Para controlar el brote es fundamental tomar medidas inmediatas para aumentar la cobertura de vacunación y abordar estos factores contribuyentes.

La peste podría estar más comúnmente asociada con la devastadora pandemia europea del siglo XIII conocida como la “Peste Negra”. Pero hoy la enfermedad sigue siendo endémica en varios países, en particular Madagascar, la República Democrática del Congo y Perú.

Causada por la bacteria *Yersinia pestis*, la peste ha afectado a más de [13.000 personas](#) en Madagascar en los últimos 25 años, con una tasa de letalidad de 27%.



Equipo de trabajo de campo recolectando pulgas en una trampa de luz en un hogar. Las pulgas se extraen una a una del agua contenida en el plato.

La enfermedad se detecta a menudo en zonas rurales, pero también se la puede observar en las ciudades, y generalmente se transmite a través de la picadura de pulgas infectadas transportadas por roedores. Adopta dos formas –la bubónica y la neumónica, más grave–, y sus síntomas incluyen fiebre, escalofríos y vómitos.

Se descubrió que la especie *Pulex irritans* –la llamada pulga del hombre–, era la culpable de los brotes de peste en la última década.

Adelaide Miarinjara es una entomóloga médica que dirigió un [estudio](#) para comprender el papel de la pulga del hombre en áreas endémicas de peste y encontrar una solución.

“Esta investigación busca comprender la importancia de la pulga *P. irritans* durante las epidemias de peste”, dijo Miarinjara.

Prevención de la peste

Miarinjara se unió a la Universidad Emory, en Atlanta, Estados Unidos, como becaria postdoctoral mientras investigaba la bacteria de la peste en el Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’ de Madagascar. Ella y su equipo querían saber si las comunidades afectadas podrían prevenir las infestaciones de pulgas.

“Estudios anteriores demostraron que los hogares no están igualmente infestados de *P. irritans* y, por lo tanto, no están igualmente expuestos a las picaduras de pulgas y al riesgo de peste”, explicó. “Queríamos saber por qué y, si la comunidad puede hacer algo para prevenir una alta infestación de pulgas”.

Miarinjara y su equipo examinaron datos de encuestas transversales y muestreos de pulgas en hogares en cuatro aldeas rurales dentro de la parte sureste endémica de peste de las Hautes Terres de Madagascar.

Se centraron en variables que pueden influir en la cantidad de pulgas encontradas en los hogares, como la demografía, la forma de dormir, la presencia de animales, los comportamientos relacionados con la higiene del hogar y las actitudes hacia los roedores y las pulgas.

Los investigadores vincularon las altas tasas de infestación por pulgas en las zonas rurales de Madagascar con patrones estacionales y hábitos domésticos.

“Descubrimos que las características del hogar, particularmente en familias numerosas que residen en casas tradicionales y mantienen el ganado en el interior durante la noche, están relacionadas con la infestación de pulgas”, dijo Miarinjara.

Agregó que los pisos de tierra cubiertos con esteras de fibra vegetal crean condiciones óptimas para estos insectos.

Miarinjara dijo que, a diferencia de las pulgas de los roedores, la densidad de las pulgas del hombre en los hogares se mantuvo constante entre estaciones en las aldeas muestreadas.

Resistencia a insecticidas

Los investigadores observaron que las infestaciones de pulgas en los hogares conducían al uso excesivo de insecticidas, lo que podría estar provocando resistencia a los insecticidas en estas especies.

“La resistencia a los insecticidas es una amenaza para el éxito del control de los vectores de la peste y depender exclusivamente del tratamiento con insecticidas no es lo ideal a largo plazo”, afirmó Miarinjara.

“Abogamos por una comercialización de pesticidas más segura y por una educación comunitaria sobre los riesgos para la salud asociados con el uso indebido de insecticidas”, añadió.

“Abordar las condiciones ambientales, como reemplazar los pisos de tierra con concreto y albergar al ganado separado de las personas, puede mitigar las infestaciones de pulgas, que son problemas comunes que tienden a volver a ocurrir”.

Los investigadores notaron la necesidad de desarrollar un modelo más preciso para estudiar la capacidad de *P. irritans* para transmitir la bacteria de la peste entre las pulgas en Madagascar en lugar de utilizar el modelo americano utilizado en su estudio.

Medidas de control de pulgas

Nicholas Aderinto, experto en salud pública global de la Universidad Tecnológica Ladoke Akintola (Nigeria), cree que las campañas de educación pública y la colaboración de los profesionales de la salud son cruciales.

“Lo que realmente se necesita es la implementación consistente de medidas básicas de control de salud pública para las pulgas”.

“Cuando los veterinarios, los funcionarios de salud pública y los líderes comunitarios trabajan juntos, pueden desarrollar materiales educativos específicos, garantizar el acceso a tratamientos asequibles contra las pulgas y promover la participación de toda la comunidad”.

Continúa la preocupación en la Organización Mundial de la Salud (OMS) por la escalada de la crisis de salud en el territorio palestino ocupado, incluida Cisjordania, donde los ataques contra la infraestructura de salud y el aumento de las restricciones a la libre circulación obstruyen el acceso a la atención de salud.

El repunte de la violencia en Cisjordania, incluida Jerusalén oriental, desde el inicio de la guerra de Gaza, se ha saldado con la muerte de 521 palestinos, incluidos 126 niños, entre el 7 de octubre de 2023 y el 10 de junio de 2024. Además, más de 5.200 personas, entre ellas 800 niños, han resultado heridas, lo que se suma a la creciente carga de traumatismos y atención de urgencia en los ya saturados establecimientos de salud.

Desde el 7 de octubre de 2023 y hasta el 28 de mayo, la OMS ha contabilizado 480 ataques contra los servicios de atención de salud de Cisjordania, que se han saldado con 16 víctimas mortales y 95 heridos. Los ataques afectaron a 54 establecimientos de salud, 20 clínicas móviles y 319 ambulancias. El 59% de los ataques ocurrieron en las ciudades de Tulkarem, Yenín y Nablus, e incluyen ataques contra la infraestructura de salud y las ambulancias, la detención de trabajadores de la salud y de pacientes, la obstrucción de su acceso a los establecimientos de salud, el uso de la fuerza contra los trabajadores de la salud y los registros militarizados de ambulancias y personal.

El cierre de los puestos de control, las obstrucciones arbitrarias y las detenciones de trabajadores de la salud, el aumento de la inseguridad, así como el asedio y cierre de pueblos y comunidades enteras, han conllevado restricciones crecientes a la circulación en Cisjordania e impiden el acceso a los establecimientos de salud. Los cuantiosos daños en infraestructuras y viviendas, especialmente en el norte de Cisjordania, han agravado la situación al obstruir el acceso de las ambulancias y del personal de primeros auxilios.

La prolongada crisis fiscal a la que se enfrenta la Autoridad Palestina afecta también al sistema de salud y se ha visto agravada por la incautación creciente por parte de Israel de los ingresos tributarios destinados al territorio palestino ocupado desde el 7 de octubre, así como por el deterioro general de la situación económica en el territorio palestino ocupado. Los efectos de la situación financiera en la prestación de servicios de salud son considerables, ya que los trabajadores de la salud reciben solo la mitad de su sueldo desde hace casi un año y el 45% de los medicamentos esenciales están agotados. En la mayoría de las zonas de Cisjordania, las clínicas de atención primaria y las especializadas de pacientes ambulatorios solo abren dos días a la semana y los hospitales funcionan aproximadamente al 70% de su capacidad.

Entre octubre de 2023 y mayo de 2024, 44% de las 28.292 solicitudes de pacientes que buscaron atención médica fuera de Cisjordania, en Jerusalén oriental o en establecimientos de salud israelíes, fueron denegadas o siguen pendientes, y el acceso se ha concedido principalmente a casos de cáncer, diálisis y otras urgencias vitales. En el mismo periodo, 48% de las 26.562 solicitudes de permisos de acompañamiento fueron denegadas o siguen pendientes.

Una comparación entre octubre de 2022-mayo de 2023 y octubre de 2023-mayo de 2024 revela un descenso de 56% en las solicitudes de permisos de pacientes de Cisjordania y de 22%

en las aprobaciones, y un descenso de 63% en las solicitudes de permisos de acompañamiento y de 24% en las aprobaciones. Antes de octubre de 2023, más de 300 pacientes requerían permisos diarios para pasar de Cisjordania a Jerusalén oriental y los establecimientos de salud israelíes.

La OMS presta apoyo al Ministerio de Salud en la adquisición de medicamentos esenciales, así como en la asistencia técnica para abordar algunas de las políticas y procedimientos que contribuyen a la crisis fiscal en materia de salud. Además, la OMS ha predistribuido suministros en los principales hospitales de Cisjordania, incluida Jerusalén oriental, y ha impartido formación comunitaria en gestión de traumatismos al personal de primeros auxilios en las comunidades para reforzar la preparación frente a emergencias, pero el empeoramiento de la inseguridad y la accesibilidad, que impide que los trabajadores de la salud de emergencia y los voluntarios sobre el terreno lleguen a los heridos, y los estrictos toques de queda vigentes suponen riesgos importantes para el sistema de salud y dificultan que el personal de primeros auxilios llegue a las personas que necesitan atención urgente.

La OMS hace un llamamiento a la protección inmediata y activa de los civiles y de la atención de la salud en Cisjordania. El derecho internacional humanitario debe ser respetado, lo que significa que el principio de la inviolabilidad de la atención de la salud debe observarse en todo momento.

Desde 2022, se ha producido a nivel mundial una epidemia de mpox causada por el clado IIB del virus de la viruela símica (MPXV), que afecta a muchos países fuera del continente africano que nunca antes habían informado casos. Su propagación ha sido impulsada y sostenida principalmente por la transmisión a través del contacto sexual entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que representan el grupo más afectado.

Aunque las cepas de MPXV que circulan en la República Democrática del Congo pertenecen al clado I y hasta el momento no se han detectado casos de MPXV del clado IIB, se ha observado un aumento de los casos notificados, así como una expansión geográfica de su distribución, en el país desde 2022.

La transmisión por contacto sexual del clado I del MPXV se documentó formalmente por primera vez en abril de 2023 en un pequeño conglomerado de casos en la provincia de Kwango.

La ocurrencia de LA transmisión sexual del clado I del MPXV quedó aún más establecida mediante la notificación en septiembre de 2023 de varios casos nuevos expuestos a través del contacto sexual con un caso conocido en la zona sanitaria de Kamituga, en la provincia de Sud-Kivu. Desde entonces, el número de casos notificados en Sud-Kivu ha seguido aumentando, incluso entre profesionales del sexo y sus contactos, y en un número cada vez mayor de zonas sanitarias. Las investigaciones de casos y las subsecuentes investigaciones de brotes, junto con la genética del virus, confirman la transmisión sostenida de persona a persona del clado I del MPXV en el área, sin sospecha de exposición animal.

El 1 de junio de 2024, se confirmó el primer caso de mpox en la provincia de Nord-Kivu, en la zona sanitaria de Karisimbi en la ciudad de Goma. Una mujer de 19 años presentó una erupción cutánea macular, disfagia, disuria, dolor de cabeza y lesiones genitales. Una prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de los hisopados de las lesiones cutáneas dio positivo para el MPXV. Se está dando seguimiento a un total de 45 contactos. Una investigación epidemiológica en profundidad identificó un contacto sexual con un sospechoso de mpox y un historial de viaje a la provincia de Sud-Kivu. Según los informes, el contacto viajó a la zona sanitaria de Masisi, en Nord-Kivu, donde continúa la investigación. El caso de mpox en Goma, Nord-Kivu, caracterizado por la inseguridad, es el primer caso notificado en esa provincia.

En total, en 2023, se notificaron en la República Democrática del Congo 14.626 casos de mpox y 654 muertes (tasa de letalidad de 4,5%), lo que representa las cifras más altas registradas en el país y las más altas entre los países de la Región Africana de la Organización Mundial de la Salud (OMS). De estos casos, 1.461 (10%) fueron sometidos a pruebas de laboratorio, de los cuales 966 resultaron positivos (positividad de la prueba de 68%).

En 2024, al 26 de mayo, se habían notificado un total de 7.851 casos de mpox en la República Democrática del Congo, incluidas 384 muertes (tasa de letalidad de 4,9%). Estos casos se notificaron en 177 de las 519 zonas sanitarias (34%), en 22 de las 26 provincias (85%). El nuevo caso en Goma eleva esta cifra a 23 de 26 provincias (88%). Las provincias más afectadas en 2024 son Équateur, Sud-Ubangi, Sankuru y Sud-Kivu.

En 2024, los niños siguen representando el grupo de edad más afectado. De los 7.851 casos de mpox notificados, 39% se notificó en niños menores de 5 años (n=3.090), incluidas 240 muertes (62% del total).

Se tomaron muestras de costras, vesículas y sangre de 1.415 casos notificados. De estos, 994 fueron confirmados por laboratorio como positivos para MPXV, lo que representa una positividad de la prueba de 70%. Entre las provincias con casos de mpox notificados en 2024, 15 de 22 (68%) han confirmado al menos un caso este año. Entre los casos confirmados con la información disponible, 59% (502/852) son hombres; 50% de los casos confirmados son menores de 15 años.

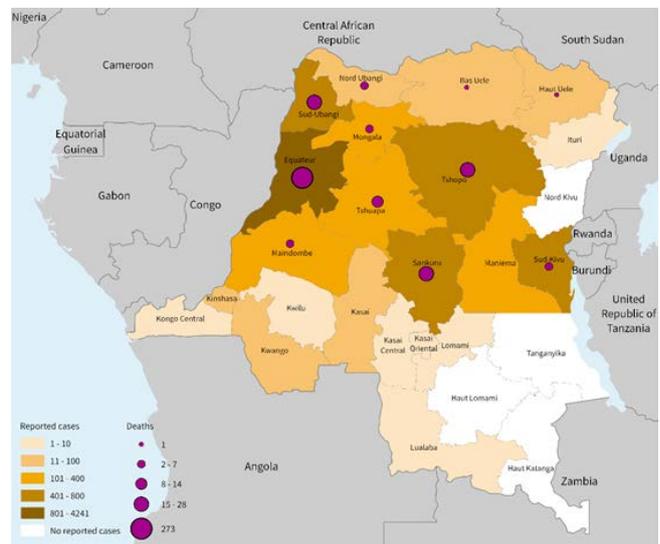
En 2024, la proporción de casos de mpox notificados y analizados a nivel nacional ha fluctuado entre 8 y 30%. Al 26 de mayo de 2024, se habían realizado pruebas a 18% de todos los casos notificados (1.415/7.851). Con el respaldo de una mayor capacidad de prueba, esto representa un aumento de 80% en comparación con el 10% de los casos notificados evaluados en 2023.

La introducción de GeneXpert para diagnósticos mediante PCR sobre el terreno en dos provincias clave, Équateur y Sud-Kivu, junto con los esfuerzos en curso para realizar pruebas de MPXV utilizando GeneXpert en Tshopo y Tshuapa, está mejorando significativamente la capacidad de diagnóstico y vigilancia de la mpox. Sin embargo, los casos confirmados por GeneXpert en 2024 aún no se han incluido en el recuento nacional de casos a la espera de que se complete el ejercicio de validación de la prueba GeneXpert.

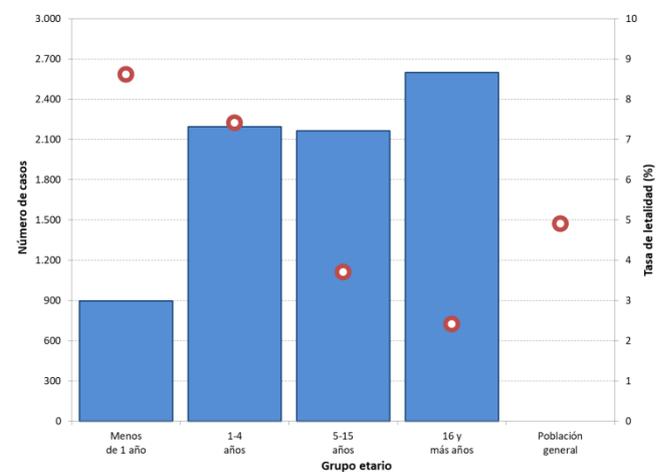
Actualmente, solo se ha detectado en el país el clado I del MPXV. A fines de 2023, se introdujeron pruebas para el clado II en el laboratorio nacional y se utilizan para nuevos casos/conglomerados en provincias que anteriormente no estaban afectadas.

Nueva variante detectada en Sud-Kivu

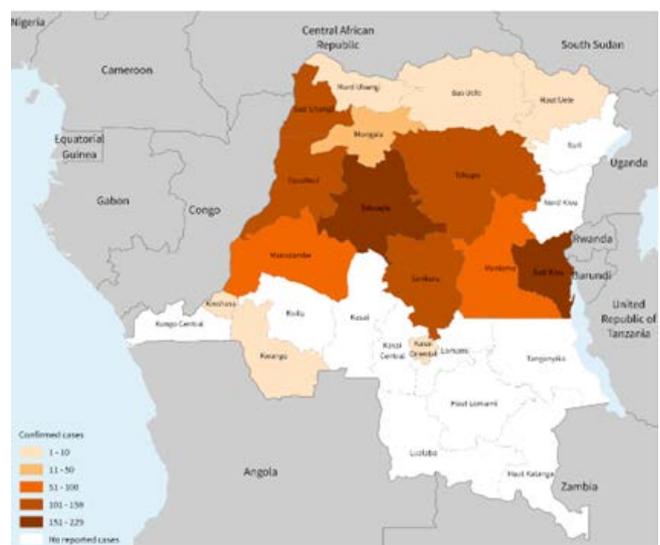
En Sud-Kivu, entre el 1 de enero y el 2 de junio de 2024, se notificaron 777 casos a través del sistema nacional de vigilancia tras la investigación de las alertas. Tras las pruebas de labora-



Distribución geográfica de los casos de mpox notificados. República Democrática del Congo. Del 1 de enero al 26 de mayo de 2024 (n=7.851). Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Casos reportados y tasa de letalidad por mpox. República Democrática del Congo. Del 1 de enero al 26 de mayo de 2024 (n=7.851). Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Distribución geográfica de los casos confirmados de mpox. República Democrática del Congo. Del 1 de enero al 26 de mayo de 2024 (n=994). Fuente: Organización Mundial de la Salud.

torio de muestras de 426 de 777 casos (55%), se confirmaron 373 casos positivos (positividad de la prueba de 88%), incluidas siete muertes (tasa de letalidad de 1,8% entre los casos confirmados).

El conglomerado de mpox en Sud-Kivu, detectado inicialmente en la zona sanitaria de Kamituga e impulsado por la transmisión por contacto sexual, se ha ido expandiendo geográficamente y actualmente 19 de 34 zonas sanitarias (56%) han notificado al menos un caso de mpox.

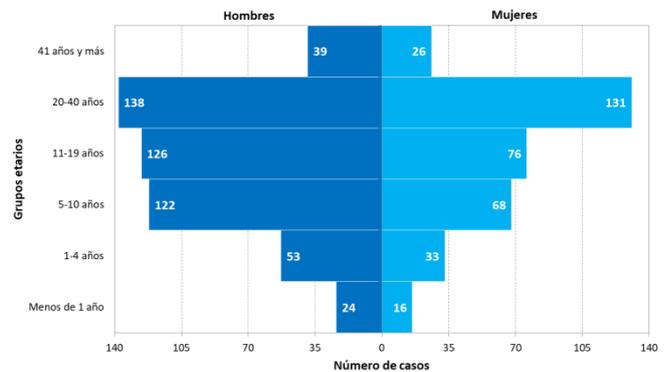
El tipo de contacto informado por los casos incluye contacto sexual, contacto directo no sexual, así como contacto domiciliario y en centros de atención médica. Desde el inicio del brote no se han notificado casos sospechosos de transmisión zoonótica en la provincia.

La mayoría de los casos confirmados por laboratorio en Sud-Kivu involucra a personas mayores de 15 años, y entre aquellos con datos de edad y sexo disponibles, la distribución por sexo es similar, con 51% de mujeres y 49% de hombres.

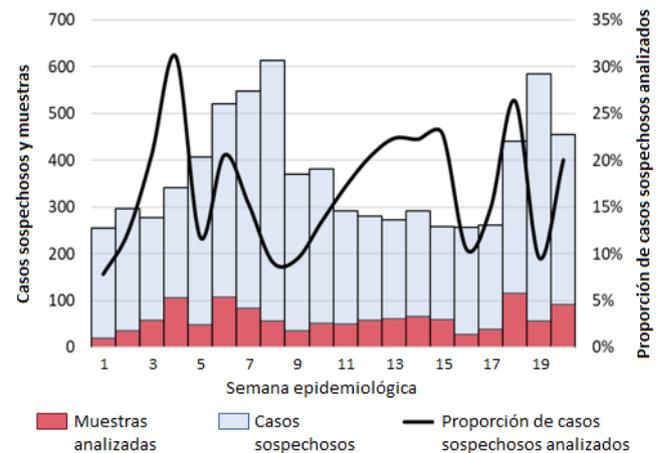
Mediante la secuenciación genómica de muestras de MPXV recolectadas entre octubre de 2023 y enero de 2024, se identificó una nueva variante del clado I del MPXV en la zona sanitaria de Kamituga. Esta variante lleva una deleción de un gen que sirve ampliamente como objetivo para ensayos moleculares específicos de clado. Esta eliminación fue confirmada por el laboratorio nacional de referencia, el Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB), así como por otros institutos académicos y de salud pública.

Se descubrió que la nueva variante tenía predominantemente mutaciones de tipo APOBEC3, lo que indica una adaptación del virus debido a la circulación entre humanos. Se estima que surgió alrededor de mediados de septiembre de 2023, y los datos de secuenciación sugieren una transmisión sostenida de persona a persona desde entonces. No se sabe si esta variante es más transmisible o provoca una enfermedad más grave que otras cepas del virus que circulan en el país.

Todas las secuencias de virus disponibles públicamente de muestras clínicas de Sud-Kivu en 2024 identifican la cepa como la nueva variante. Sin embargo, en todas las demás secuencias disponibles públicamente de la República Democrática del Congo, incluidas secuencias recientes de Équateur, Kinshasa y Tshopo, no hay evidencia de mutaciones de tipo APOBEC-3. Con los datos disponibles públicamente, no está claro si esta nueva variante evolucionó en Sud-Kivu o en otras regiones poco muestreadas del país o en el área más amplia de la cuenca del Congo. Se necesitan datos de secuenciación adicionales de todo el país y del área más amplia de la cuenca del Congo para comprender mejor los orígenes de esta nueva variante y comprender mejor todas las cepas de virus que circulan en el país.



Casos confirmados de mpox, según grupos etarios y sexo. República Democrática del Congo. Del 1 de enero al 26 de mayo de 2024 (n=852. A 142 casos confirmados les faltaban datos de edad y sexo). Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Curva epidémica de casos notificados de mpox y proporción de casos sospechosos sometidos a pruebas. República Democrática del Congo. Del 1 de enero al 26 de mayo de 2024 (n= 7 851). Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Situación de la mpox en la Región Africana de la OMS

- **Burundi:** Los informes verbales de casos sospechosos de mpox han sugerido una posible transmisión transfronteriza desde Sud-Kivu en la República Democrática del Congo. Al 30 de mayo de 2024, no se había notificado oficialmente ningún caso sospechoso de mpox en Burundi. Se ha realizado una evaluación del nivel nacional de preparación para la mpox y se están adquiriendo kits de pruebas y un inventario de existencias médicas. También están en curso conversaciones para desarrollar un plan de contingencia para mpox.
- **Camerún:** Del 1 de enero al 30 de abril de 2024, se han notificado 23 casos sospechosos, con cinco casos confirmados (cuatro hombres y una mujer) y dos muertes (tasa de letalidad de 40%). La secuenciación genómica de estos casos ha identificado el clado II como la variante responsable. A lo largo de los años, Camerún sigue siendo hasta la fecha el único país que ha informado MPXV de los clados I y II. En 2024, los casos confirmados se distribuyen en tres regiones: Nord-Ouest (2 casos), Sud-Ouest (2 casos) y Littoral (1 caso), lo que destaca el potencial de propagación regional.
- **República del Congo:** El 23 de abril de 2024, el gobierno declaró una epidemia nacional de mpox, activando el Centro de Operaciones de Emergencia de Salud Pública (COUSP) y el Sistema de Gestión de Incidentes el 3 de mayo de 2024. La secuenciación genómica de muestras de MPXV confirmó el clado I, similar a los que se encuentran en zonas endémicas vecinas de la República Democrática del Congo. Del 1 de enero al 30 de mayo de 2024, la República del Congo notificó 19 casos confirmados y 10 probables de mpox en cuatro departamentos: Cuvette (14 casos), Likouala (dos casos), Plateaux (dos casos) y Pointe-Noire (un caso). Las vías de transmisión de estos casos no han sido documentadas. Como resultado, existe un alto riesgo de que el brote se propague. El brote alcanzó su punto máximo durante las semanas epidemiológicas 4 a 10 de 2024 y no se han notificado casos en las semanas más recientes. Sin embargo, sólo 9 de los 35 casos sospechosos registrados en la semana epidemiológica 21 fueron evaluados (todos negativos), lo que destaca una baja tasa de pruebas.
- **Ruanda:** Dada la proximidad con Sud-Kivu, se han llevado a cabo actividades de preparación en el país. Se ha reforzado la vigilancia en los distritos limítrofes con Bukavu. Entre el 28 de abril y el 4 de mayo de 2024, equipos del Centro Biomédico de Ruanda, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Universidad de Ruanda (residentes del Programa de Capacitación en Epidemiología de Campo, FETP) llevaron a cabo una búsqueda activa de casos de mpox, una evaluación de los puntos de ingreso y la preparación de las instalaciones de salud para detectar y responder a brotes de mpox, sensibilización de los trabajadores de la salud, y concienciación comunitaria en los distritos de Rusizi y Nyamasheke. Al 4 de mayo de 2024, se habían registrado 16 casos sospechosos en los distritos de Rusizi (15) y Nyamasheke (1). Todos los casos resultaron negativos para mpox mediante PCR. El plan nacional de contingencia contra la mpox está en proceso de finalización.
- **Sudáfrica:** Del 1 de enero al 6 de junio de 2024, se notificaron cinco casos confirmados de mpox, todos hombres de entre 35 y 39 años. Los cinco casos han sido secuenciados como clado IIb. Se notificaron dos casos en la provincia de Gauteng y un conglomerado de tres casos en la provincia de KwaZulu-Natal. Los casos en estos dos conglomerados no informaron ningún historial de viajes internacionales. Cuatro de los cinco hombres iniciaron el tratamiento con tecovirimat proporcionado por la OMS de la reserva limitada para uso compasivo, a petición del Gobierno de Sudáfrica. La gravedad de todos los casos identifi-

cados en personas con inmunosupresión sugiere que los casos menos graves no se están identificando, analizando ni notificando. La respuesta al brote está en marcha en colaboración con el programa de control del VIH/Sida, incluido el rastreo de contactos y la capacitación de los médicos. Hay numerosos viajes entre Sudáfrica y la República Democrática del Congo, vinculados a la actividad comercial y profesional entre ambos países.

Respuesta de salud pública

Coordinación

- El Ministerio de Salud, con el apoyo de la OMS y otros socios, continúa intensificando la vigilancia, la gestión de casos clínicos y las capacidades de laboratorio, mejorando las prácticas de prevención y control de infecciones (PCI) en los centros de salud, llevando a cabo actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria en las provincias afectadas y preparando las estrategias de vacunación para la respuesta a emergencias.

Vigilancia

- Se está fortaleciendo la vigilancia de la mpox en todo el país, especialmente en las ocho provincias prioritarias (Équateur, Mai'Ndombe, Maniema, Sankuru, Sud-Kivu, Sud-Ubangi, Tshopo y Tshuapa), según lo definido en el plan de respuesta nacional.
- Se compartió información adicional sobre los casos confirmados de mpox reclutados en un ensayo clínico de tratamiento en dos provincias con el pilar de vigilancia del equipo de gestión de incidentes y se incluyó en la base de datos de vigilancia nacional.
- Se ha brindado apoyo logístico para la recolección, transporte y examen de muestras de casos sospechosos. Se han adquirido cartuchos GeneXpert para las provincias de Équateur (Ingende, Mbandaka), Nord-Kivu (Goma), Tshopo (Kisangani), Tshuapa (Boende) y Sud-Kivu (Bukavu, Kamituga).

Estrategia de diagnóstico dirigida a la nueva variante

- La OMS publicó una actualización de las directrices provisionales sobre pruebas de diagnóstico para el MPXV el 22 de mayo de 2024, que proporciona información a los laboratorios de diagnóstico y de referencia de todos los países para garantizar la capacidad de detectar la nueva cepa.
- De acuerdo con la recomendación de ensayos apareados, los ensayos de PCR específicos de clado deben usarse junto con una prueba de PCR de Orthopoxvirus (OPXV) genérico o MPXV genérica que se dirija a genes conservados, especialmente al confirmar un brote o un nuevo caso en un área donde anteriormente no había brotes. Esta estrategia asegura la detección del nuevo MPXV que circula en el país.
- Se está intensificando la secuenciación del genoma del virus a partir de muestras clínicas, en particular en Sud-Kivu, para detectar nuevas variantes de los casos y comprender mejor las cepas virales circulantes.

Comunicación de riesgos y participación comunitaria

- Se han desarrollado mensajes que integran información sobre la transmisión sexual de la mpox para apoyar la comunicación de riesgos y la participación comunitaria. Los mensajes de comunicación de riesgos también se han traducido a los idiomas locales.

- Se ha iniciado la sensibilización en las comunidades afectadas en las provincias de Équateur, Kinshasa, Kwango, Sud-Kivu y Tshopo.
- Se ha desarrollado un plan nacional de comunicación para el cambio de comportamiento para mpox.

Manejo de casos y prevención y control de infecciones

- Para prevenir la transmisión, se recomienda en todo el país el aislamiento inmediato de los casos sospechosos y confirmados, en un centro de salud o en el hogar para los casos confirmados no graves que se consideren elegibles para atención domiciliaria. Se enfrentan desafíos cuando los pacientes abandonan el hospital en contra del consejo médico para buscar alimentos o atención médica en otro lugar, o continuar con su actividad profesional.
- La atención clínica, incluido el apoyo psicológico, para personas con mpox se ha adaptado al contexto. Los pacientes clasificados como con infección por mpox grave y crítica son hospitalizados para recibir tratamiento en el centro de tratamiento de la mpox (CT Mpox), mientras que aquellos con infección leve y moderada son tratados como casos ambulatorios en centros y puestos de salud. Estas directrices también brindan orientación para la atención nutricional de niños con desnutrición aguda.
- Continúa el reclutamiento en dos provincias del estudio de eficacia clínica de tecovirimat para pacientes con mpox.

Vacunas e inmunización

- En febrero de 2024, el Grupo Asesor Técnico Nacional sobre Inmunización (GTCV) recomendó el uso de las vacunas LC16 y MVA-BN para la respuesta de emergencia.
- La Autoridad Congoleña de Reglamentación Farmacéutica (ACOREP) está revisando los expedientes de las vacunas LC16 y MVA-BN a petición del Programa Esencial de Inmunización el 8 de mayo de 2024 para autorizar el uso temporal de las vacunas en respuesta a emergencias.
- El Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB) lidera la coordinación del desarrollo de protocolos de estudios clínicos para vacunas contra la mpox para abordar las lagunas de conocimiento sobre la eficacia de las vacunas, particularmente en niños.
- Se está trabajando para desarrollar estrategias de vacunación para la respuesta de emergencia e iniciar estudios clínicos de vacunas para abordar las lagunas de conocimiento sobre las vacunas contra la mpox, incluidos estudios continuos de inmunogenicidad, eficacia y seguridad.

Formación y capacidad

- La OMS y sus socios continúan apoyando al Ministerio de Salud para actualizar las orientaciones y los procedimientos para la respuesta de salud pública a la mpox, incluida una actualización de las orientaciones nacionales sobre gestión de casos clínicos, materiales de comunicación de riesgos y participación comunitaria y actualizaciones de las herramientas de vigilancia (formularios de definición de casos e investigación de casos).
- La OMS y sus socios están fortaleciendo la capacidad de los trabajadores sanitarios de primera línea en vigilancia, diagnóstico, comunicación de riesgos, participación comunitaria y gestión de casos clínicos mediante capacitación, supervisión de apoyo y tutoría.

Evaluación de riesgos de la OMS

En la República Democrática del Congo, la mayoría de los casos notificados en provincias endémicas conocidas siguen correspondiendo a menores de 15 años, especialmente en niños pequeños. Los bebés y los niños menores de cinco años corren el mayor riesgo de sufrir enfermedades graves y muerte, especialmente cuando la gestión óptima y rápida de los casos es limitada o no está disponible. El número de casos notificados semanalmente sigue siendo constantemente alto mientras el brote continúa expandiéndose geográficamente. La alta positividad de las pruebas entre los casos analizados en la mayoría de las provincias también sugiere que es probable que se produzca una transmisión no detectada en la comunidad.

La transmisión de mpox debida al clado I del MPXV por contacto sexual en poblaciones clave se identificó por primera vez en la República Democrática del Congo en 2023. En la provincia de Sud-Kivu, la transmisión de mpox se mantiene a través del contacto de persona a persona (sexual y no sexual).

El brote mundial de 2022-2024 demostró que el contacto sexual permite una propagación más rápida y eficiente del virus de una persona a otra debido al contacto directo de las membranas mucosas entre personas, el contacto con múltiples parejas, un período de incubación posiblemente más corto en promedio y un período infeccioso más largo para personas inmunocomprometidas. La aparición recientemente documentada de la mpox en Nord-Kivu es muy preocupante. El impacto adicional en la salud pública de la transmisión sexual sostenida de mpox entre humanos en el país indica que se requiere una respuesta enérgica.

Uno de los principales factores de riesgo de enfermedad grave y muerte entre personas con mpox es la supresión inmunológica, especialmente entre aquellas con infección por VIH avanzada. Se estima que la prevalencia del VIH en la población adulta general de la República Democrática del Congo es aproximadamente de 1%, mayor en las provincias orientales que en otros lugares y mayor en las poblaciones clave, incluidas estimaciones de una prevalencia de 7,5% entre los trabajadores sexuales y de 7,1% entre los hombres que tienen sexo con hombres. La mayor prevalencia del VIH y el desafío de acceder al tratamiento antirretroviral ponen a estos grupos en mayor riesgo de sufrir mpox grave y morir si se infectan. La aparición de casos entre una amplia gama de grupos ocupacionales y dentro de los hogares también sugiere que el brote en Sud-Kivu ya se está propagando a la comunidad en general.

La comprensión de la dinámica de la transmisión del MPXV en la República Democrática del Congo está mejorando con la implementación de medidas de emergencia. Sin embargo, la falta de acceso oportuno a diagnósticos en muchas zonas, las investigaciones epidemiológicas incompletas, los problemas en el rastreo de contactos y las investigaciones extensas pero no concluyentes en animales siguen obstaculizando una respuesta rápida. Si bien se considera que los eventos de derrame zoonótico todavía representan una fuente importante de exposición en el país, el reservorio animal sigue siendo desconocido. Las nuevas características de la transmisión entre humanos observadas en Sud-Kivu y Nord-Kivu plantean una preocupación adicional sobre una nueva y rápida expansión del brote en las provincias mineras orientales, así como en el resto del país y otros países que comparten fronteras nacionales.

Del 1 de enero al 26 de mayo de 2024, se notificaron 7.851 casos sospechosos, frente a los 3.924 casos sospechosos notificados durante el mismo período de 2023. La expansión geográfica a nuevas zonas, como Kinshasa y Nord-Kivu, continúa en 2024. Sólo tres de 26 provincias aún no han notificado mpox en 2024. Si bien algunos casos en las provincias recientemente afectadas están relacionados con viajes desde áreas endémicas, otros representan una transmisión secundaria o sostenida de persona a persona, y la fuente de infección de va-

rios de ellos sigue siendo desconocida. La situación actual sigue siendo extremadamente preocupante, ya que el MPXV sigue avanzando hacia la brecha de inmunidad que quedó tras la erradicación de la viruela.

Las alertas de vigilancia e investigación están limitadas por desafíos logísticos y de recursos, y las capacidades de los laboratorios están limitadas a dos laboratorios nacionales, uno en Kinshasa y otro en Goma, por lo que solo 18% de los casos notificados en 2024 han sido sometidos a pruebas de PCR. Las pruebas a través de GeneXpert han comenzado en Équateur y en la provincia de Sud-Kivu, y la validación de los hallazgos está en curso. La capacidad de respuesta a la mpox en el país depende en gran medida del apoyo de la OMS y otros socios.

Desde 2016 se llevan a cabo estudios de inmunogenicidad y seguridad de la vacuna MVA-BN en la República Democrática del Congo. El Grupo Asesor Técnico Nacional de Inmunización (GTCV) publicó recomendaciones sobre el uso de vacunas contra la mpox en el país para personas en riesgo. Estos incluyeron recomendaciones para el uso preferido de LC16 en niños y el uso de MVA-BN en adultos. El Ministerio de Salud Pública, Higiene y Prevención (MSPHP) anunció su intención de vacunar a personas en riesgo mediante el uso de vacunas basadas en vaccinia LC16 y MVA-BN y solicitó a la Autoridad Reguladora Farmacéutica del Congo (ACOREP) que autorice el uso temporal de estas vacunas. Esta revisión regulatoria está en marcha. Se están planificando más estudios clínicos de eficacia y seguridad para LC16 en el país. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) está desarrollando estrategias de inmunización de respuesta de emergencia para personas y zonas en riesgo mediante amplias consultas internas, con la OMS y con sus socios.

El medicamento antiviral tecovirimat está siendo sometido a estudios de eficacia clínica en dos sitios de estudio en la República Democrática del Congo: Kole (provincia de Sankuru) y Tunde (provincia de Maniema). Se espera que este estudio complete el reclutamiento en 2024. El acceso a tecovirimat es posible mediante una solicitud a la OMS para uso compasivo o mediante una solicitud para su uso según el protocolo de uso controlado de emergencia de intervenciones no registradas y experimentales (MEURI) de la OMS.

La comunicación de riesgos y la participación comunitaria son de importancia crítica para los modos de transmisión históricamente reportados como brotes comunitarios, incluido el consumo de carne de animales silvestres, así como para el riesgo recientemente descrito de transmisión sexual, particularmente entre trabajadores sexuales y otras poblaciones clave. Según un estudio realizado por USAID y Breakthrough Action en 2022, la conciencia sobre los riesgos asociados con la mpox entre la población general de República Democrática del Congo era baja, a pesar de que la enfermedad se había notificado en zonas endémicas remotas desde 1970. La falta de medidas eficaces de difusión hasta la fecha de mensajes de salud para poblaciones clave como los trabajadores sexuales o los hombres que tienen sexo con hombres en el país los expone a mayores riesgos. Cualquier persona que padezca enfermedades desfigurantes de la piel, incluida la mpox, puede sufrir miedo y estigma, lo que puede agravarse aún más en el caso de personas con riesgo de contraer la enfermedad a través del contacto sexual.

La evolución del brote de mpox en la República Democrática del Congo sigue siendo preocupante debido a:

- La ininterrumpida alta incidencia de casos notificados en 2024 en comparación con años anteriores, con dos tercios de los casos notificados y más de cuatro quintos de las muertes ocurriendo principalmente entre niños en áreas endémicas conocidas.

- La transmisión a través del contacto sexual del clado I del MPXV entre poblaciones clave y otros grupos con múltiples parejas y alta movilidad en zonas mineras densamente pobladas ha llevado a una transmisión comunitaria sostenida en Sud-Kivu.
- El brote caracterizado por la transmisión por contacto sexual reveló una nueva cepa de MPXV con mutaciones genéticas que sugieren una transmisión extendida de persona a persona y una expansión geográfica. Esta nueva cepa de MPXV está afectando áreas recientemente reportadas en las provincias del sur y del este. Si bien no se sabe si esta variante es intrínsecamente más transmisible o provoca enfermedades más graves que otras cepas de virus que circulan en el país, se están documentando coinfecciones con el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- En 2023 y 2024, se produjeron casos de mpox en Kinshasa asociados con viajes en barco por el río y que provocaron brotes en la ciudad. Al momento de este informe se han confirmado nuevos casos en la zona sanitaria de Nsele, en Kinshasa.
- La positividad de las pruebas entre los casos notificados es alta (alrededor de 70% en general) o muy alta (alrededor de 90% en Sud-Kivu), a pesar de los esfuerzos por ampliar significativamente la vigilancia. Esto sugiere una importante subdetección o subnotificación de la transmisión.
- Si bien el gobierno activó una respuesta de emergencia en todo el país con el apoyo de socios locales y globales, los recursos para responder en un área geográfica tan amplia siguen siendo insuficientes y la movilización de recursos es lenta.
- La conciencia pública sigue siendo limitada, los recursos son escasos y se necesita apoyo técnico y financiero para garantizar una respuesta sólida a nivel provincial/local, nacional e internacional.
- Simultáneamente se está produciendo un brote de mpox en la República del Congo, con casos genéticamente similares a la cepa de MPXV que circula en las provincias endémicas vecinas de la República Democrática del Congo.
- Un nuevo brote de mpox debido al clado IIb del MPXV vinculado al brote global en curso está ocurriendo entre poblaciones clave en la Sudáfrica, y hasta la fecha solo se han notificado casos de enfermedad grave e infección por VIH avanzada, lo que sugiere una amplia circulación no detectada del virus. Los viajes entre Sudáfrica y la República Democrática del Congo relacionados con la actividad comercial entre los dos países ponen aún más en riesgo a las poblaciones.
- En la semana epidemiológica 16 a 18, se notificó un brote de 45 casos sospechosos de mpox en dos celdas de la prisión de la zona sanitaria de Lodja, en la provincia de Sankuru, en la República Democrática del Congo. Se recolectaron muestras y se enviaron al laboratorio para su confirmación y actualmente se esperan los resultados.

Consejo de la OMS

General

Las autoridades sanitarias y los médicos/trabajadores de salud de todos los países deben ser conscientes de que el brote mundial de mpox vinculado al clado IIb de MPXV está en curso en todas las regiones de la OMS, que la incidencia de mpox continúa documentándose en áreas endémicas y que los brotes debidos a la transmisión sexual del más virulento clado I del MPXV continúa en las zonas orientales de la República Democrática del Congo. La nueva cepa del clado I de MPXV vinculada a la transmisión de persona a persona repre-

senta un riesgo renovado de propagación transfronteriza e internacional que potencialmente puede conducir a un mayor riesgo de enfermedad grave.

La OMS recomienda enfáticamente que los países sigan respetando las recomendaciones permanentes del Director General de la OMS emitidas en agosto de 2023, en particular en lo que respecta a la vigilancia epidemiológica de la mpox y el fortalecimiento de las capacidades de diagnóstico de laboratorio de acuerdo con las orientaciones provisionales actualizadas de la OMS, incluida la secuenciación genómica de los virus. Las Recomendaciones Permanentes aconsejan que todos los países tengan planes de prevención, preparación, control y eliminación de la mpox.

Debe haber una implementación sostenida de comunicación de riesgos y participación comunitaria apropiada para cada contexto, mantenimiento o inicio de la vacunación para personas en riesgo, manejo óptimo de casos, cumplimiento de medidas de control de infecciones, fortalecimiento de la investigación para apreciar mejor los modos de transmisión y efectividad de las contramedidas en diferentes contextos y apoyo sostenido al desarrollo de métodos de diagnóstico rápido y tratamientos adaptados a las necesidades de los pacientes.

Cuando el número de casos o conglomerados sigue siendo bajo, las autoridades sanitarias deben esforzarse por lograr la eliminación de la transmisión de la mpox de persona a persona y garantizar el mantenimiento de la capacidad de respuesta a los brotes. Ante la disminución de la vigilancia y la circulación silenciosa del virus, las autoridades sanitarias deben asumir que la mpox puede aparecer en cualquier momento y estar preparadas para responder.

Cualquier persona con un diagnóstico clínico o de laboratorio confirmado de mpox debe seguir las instrucciones de las autoridades sanitarias según su contexto local, incluido probablemente el aislamiento durante el período infeccioso. Se pide a los contactos de un caso confirmado que limiten sus movimientos (y se abstengan de tener relaciones sexuales) durante 21 días, período de seguimiento de la aparición de síntomas.

Las vacunas contra la viruela/mpox compuestas de virus vaccinia protegen contra la mpox debido a la similitud antigénica de los virus ortopox. Por este motivo, se han aprobado varias vacunas contra la viruela para la prevención de la mpox. Están disponibles vacunas de tercera generación que provocan menos efectos secundarios, como la MVA-BN aprobada en 2019 o la vacuna LC16 aprobada en 2022 para la prevención de la mpox. Algunos países mantienen existencias de vacunas, especialmente desde el inicio del brote mundial de mpox en 2022. Se recomienda la vacunación contra la mpox a las personas en riesgo.

El Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) de la OMS actualizó sus recomendaciones sobre el uso de vacunas para prevenir la mpox en entornos de brotes y la vacunación preventiva para grupos de alto riesgo en entornos sin brotes:

- En el contexto de un brote, para permitir la mayor flexibilidad para la evaluación de riesgos locales, diversos modos de transmisión y opciones de respuesta, las poblaciones a considerar para la vacunación pueden incluir:
 - (i) adultos y niños en un área o comunidad geográficamente definida (por ejemplo, aldeas) con un riesgo de exposición documentado;
 - (ii) personas con múltiples contactos sexuales;
 - (iii) trabajadores de la salud en riesgo de exposición repetida; y
 - (iv) contactos conocidos de personas con mpox.

- Tras señalar la endemividad de la enfermedad en el continente africano, la epidemiología distinta de la mpox en esta región y el acceso desigual a la vacunación, el SAGE hizo un energético llamado a la acción para promover la investigación epidemiológica y de vacunas sobre la mpox en la región y tomar medidas urgentes para facilitar el acceso equitativo a la vacunación. La investigación también debería integrarse en la respuesta al brote.

Para los tratamientos antivirales cuya eficacia contra la mpox se está evaluando, suele ser necesario solicitar el acceso a través de las autoridades sanitarias nacionales.

Es esencial profundizar el conocimiento de los vínculos epidemiológicos entre la mpox y el VIH, sus respectivos y comunes factores de riesgo de infección y progresión a enfermedad grave, el manejo óptimo de los casos y la eficacia de las vacunas y los enfoques terapéuticos. Es importante ofrecer servicios de salud relevantes y apropiados para las personas en riesgo e integrar la gestión de casos dentro de un servicio de salud fortalecido y ágil para satisfacer las necesidades de los pacientes.

Es esencial enfatizar la importancia de la investigación de casos con sensibilidad y ausencia de estigma y una comprensión profunda de la transmisión de mpox de persona a persona en las comunidades, al tiempo que se fortalece el enfoque Una Sola Salud en áreas donde el MPXV circula en posibles huéspedes mamíferos o reservorios.

En la comunidad

Es necesario fortalecer la comunicación sobre los riesgos de transmisión sexual de la mpox, especialmente entre los grupos de personas con mayor riesgo y las personas y hogares afectados. Se necesita promoción en todos los niveles para apoyar, informar e involucrar a los líderes comunitarios en la implementación de medidas para informar e involucrar a sus comunidades sobre la mpox y cómo detener su propagación.

Las actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria serán vitales para motivar a las comunidades afectadas a tomar conciencia de los riesgos y los comportamientos protectores. Se deben recopilar datos socioconductuales y realizar un análisis de la situación para comprender mejor los factores de transmisión y los afectados. Luego, esta información se puede utilizar para mejorar la toma de decisiones, garantizar que los esfuerzos de respuesta estén alineados con las necesidades, prioridades y capacidades de la comunidad, y para informar el desarrollo de planes de comunicación de riesgos y la participación comunitaria basada en evidencia.

Se deben identificar audiencias clave, incluidos profesionales de la salud, poblaciones clave, incluidos trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, personas trans y de género diverso, personas que trabajan o asisten a lugares y eventos donde se lleva a cabo actividad sexual, y personas en riesgo de enfermedades más graves (incluidas las personas que viven con una infección por VIH no tratada o mal controlada).

Se deben establecer asociaciones con redes confiables que trabajen con estas comunidades para facilitar la participación comunitaria. Deben establecerse o activarse sistemas de retroalimentación bidireccional. Se debe prestar especial atención a las medidas para comprender, prevenir y combatir el estigma y la discriminación; estas nunca son aceptables y pueden socavar la respuesta a la epidemia y tener un impacto grave en los resultados de salud.

Además de esto, para los pacientes con mpox no grave para quienes se considera la atención domiciliaria, algunas de las medidas de PCI que se deben implementar incluyen las si-

guintes: el paciente debe estar aislado en un área separada de otros miembros del hogar y lejos de áreas compartidas del hogar (p. ej., permanecer en una habitación exclusiva y bien ventilada, separada de los demás miembros del hogar).

Los pacientes deben usar un barbijo médico que se ajuste bien y cubrir las lesiones cuando estén cerca de otras personas y cuando se muevan fuera del área de aislamiento designada (por ejemplo, para usar el baño). Los platos, utensilios y superficies del hogar, como muebles, camas, inodoros o pisos, o cualquier lugar donde el paciente haya tenido contacto, deben limpiarse con agua y jabón y desinfectarse periódicamente (p. ej., desinfectantes domésticos comunes o productos con lejía). Preste atención a las superficies que se tocan con frecuencia. Consulte *Manejo clínico y prevención y control de infecciones por viruela simica: orientación provisional de respuesta rápida* para obtener más orientación sobre las medidas de PCI para pacientes y trabajadores de salud y atención en entornos comunitarios.

En entornos de atención médica

Es necesario implementar medidas de prevención y control de infecciones en entornos de atención médica, congregaciones o domésticos para prevenir y controlar la transmisión de la mpox. Es importante capacitar al personal sobre las medidas de control, incluidas las precauciones estándar y basadas en la transmisión. El personal también debe tener acceso a equipo de protección personal y usarlo adecuadamente, cumplir con los consejos de la OMS sobre los cinco momentos para la higiene de manos, garantizar una limpieza y desinfección frecuentes del entorno del paciente e implementar una colocación y aislamiento adecuados del paciente. Las precauciones basadas en la transmisión de la mpox son precauciones de contacto y gotitas, y el equipo de protección personal (EPP) recomendado para los trabajadores de la salud y el cuidado son guantes, bata, respirador (p. ej., N95, FFP2) y protección para los ojos. En el entorno sanitario, además de las precauciones contra el contacto y las gotitas, se deben implementar precauciones contra la transmisión aérea si se sospecha el virus de la varicela zóster (p. ej., varicela) y hasta que se descarte. Para obtener más orientación sobre las medidas de PCI que se requieren al atender a pacientes con mpox, consulte *Manejo clínico y prevención y control de infecciones para mpox: orientación provisional de respuesta rápida*.

Al tiempo que se protegen con las medidas recomendadas, los trabajadores sanitarios y asistenciales también deben garantizar que se evite la estigmatización de los pacientes con mpox y que se proporcione apoyo psicológico a los pacientes y sus familias.

Al recolectar muestras clínicas y de laboratorio: Las muestras recolectadas de personas y animales sospechosos de estar infectados con MPXV deben ser manipuladas por personal capacitado que trabaje en laboratorios equipados. La confirmación de MPXV depende del tipo y calidad de la muestra y del tipo de prueba de laboratorio. Por tanto, los especímenes deben empaquetarse y enviarse de acuerdo con los requisitos nacionales e internacionales. La RT-PCR es la prueba de laboratorio preferida, dada su precisión y sensibilidad. Para ello, se deben tomar muestras de diagnóstico de las lesiones cutáneas: líquido de vesículas y pústulas y costras secas. Los análisis de sangre por PCR generalmente no son concluyentes debido a la corta duración de la viremia en comparación con el momento de la recolección de la muestra después de la aparición de los síntomas; no deben recopilarse sistemáticamente de los pacientes. Como los virus ortopox son serológicamente reactivos, los métodos de detección de antígenos y anticuerpos no son específicos para mpox. Por lo tanto, es esencial que los laboratorios apoyen a las autoridades sanitarias en el suministro de sumi-

nistros para la recolección de muestras que sean apropiados para tomar muestras de lesiones cutáneas.

En los puntos de entrada

Según el Director General de la OMS, y de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), se recomienda a los Estados Partes que alienten a las autoridades, los trabajadores sanitarios y de atención y los grupos comunitarios a proporcionar a los viajeros información relevante para protegerse y proteger a otros antes, durante y después de viajar a eventos o reuniones donde la mpox pueda presentar un riesgo.

La OMS recomienda que los países se abstengan de implementar medidas sanitarias relacionadas con los viajes específicas para la mpox, como controles de entrada o salida, o requisitos de pruebas o vacunación.

La mpox (viruela símica) es una enfermedad infecciosa causada por el virus de la viruela símica (MPXV). Hay dos clados conocidos del MPXV: el clado I, anteriormente llamado clado de la Cuenca del Congo; y el clado II, anteriormente llamado clado de África Occidental, que incluye los subclados IIa y IIb. El MPXV se transmite entre humanos a través del contacto cercano con lesiones, fluidos corporales, gotitas respiratorias o materiales contaminados, o de animales a humanos a través del contacto con animales vivos o el consumo de carne de animales silvestres contaminados.

La mpox causa signos y síntomas que generalmente comienzan al cabo de una semana, pero pueden comenzar entre 1 y 21 días después de la exposición. Los síntomas suelen durar de 2 a 4 semanas, aunque pueden durar más en personas con un sistema inmunológico debilitado. Primero aparecen fiebre, dolores musculares y dolor de garganta, seguidos de erupción cutánea y mucosa. La linfadenopatía también es una característica típica de la mpox, presente en la mayoría de los casos. Los niños, las mujeres embarazadas y las personas con sistemas inmunitarios débiles corren el riesgo de desarrollar complicaciones y morir a causa de la mpox.

Es importante distinguir la mpox de la varicela, el sarampión, las infecciones bacterianas de la piel, la sarna, el herpes, la sífilis, otras infecciones de transmisión sexual y las alergias asociadas a medicamentos. Una persona con mpox también puede tener al mismo tiempo otra infección de transmisión sexual como el herpes. Alternativamente, un niño o un adulto con sospecha de mpox también pueden tener varicela. Por estas razones, las pruebas de laboratorio son importantes para confirmar la mpox, particularmente para los primeros casos en un brote o en una nueva área geográfica, y para implementar medidas sociales y de salud pública pertinentes para frenar la transmisión.

La detección de ADN viral mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es la prueba de laboratorio preferida para la mpox. Las mejores muestras de diagnóstico se toman directamente de la erupción (piel, líquido o costras) recolectadas mediante frotis vigorosos. En ausencia de lesiones cutáneas, las pruebas se pueden realizar con hisopos orofaríngeos, anales o rectales. Sin embargo, si bien un resultado positivo de una muestra orofaríngea, anal o rectal confirma la mpox, un resultado negativo no es suficiente para descartar una infección por el MPXV. No se recomiendan análisis de sangre. La serología no distingue entre diferentes ortopoxvirus y, por tanto, está restringida a laboratorios de referencia donde se pueden aplicar métodos de detección de anticuerpos para la clasificación retrospectiva de casos o en estudios especiales.

El tratamiento se basa en el cuidado de la piel, el control del dolor y la prevención de complicaciones. Además, también se pueden utilizar medicamentos antivirales específicos como el tecovirimat en el tratamiento de la mpox, especialmente en casos graves o personas con mayor riesgo de complicaciones.

Desde el 5 de septiembre de 2023, Tanzania enfrenta un brote de cólera, que se ha notificado en 20 regiones de Tanzania continental, con un total de 3.823 casos y 68 muertes (tasa de letalidad de 1,8%). Al 9 de junio de 2024, ocho regiones –Simiyu, Katavi, Kagera, Shinyanga, Ruvuma, Tanga, Singida y Dodoma– seguían activas y presentaban un total acumulado de 1.249 casos y 23 muertes (tasa de letalidad de 1,8%).

Durante la semana epidemiológica 23 de 2024, se notificaron dos nuevos casos en Dodoma, sin muertes. De los casos notificados en regiones actualmente activas, la mayoría de los casos (593 casos; 47,5%) tenían entre 15 y 49 años, seguidos por los mayores de 50 años (279 casos; 22,3%). Los niños menores de cinco años fueron los menos afectados (119 casos; 9,5%) y, en general, se notificaron más casos entre las mujeres (638 casos, 51,1%, proporción hombre/mujer de 0,9).

La región de Simiyu fue la más afectada con 889 casos notificados (71,3%), seguida de Singida (78 casos, 6,2%), Tanga (69 casos, 5,5%), Shinyanga (68 casos, 5,4%), Kagera (61 casos, 4,9%), Dodoma (49 casos, 3,9%), Ruvuma (29 casos, 2,3%) y Katavi (6 casos, 0,5%).

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud y sus socios continúan celebrando reuniones periódicas de coordinación, con la elaboración de informes diarios de situación.
- Se están examinando a los viajeros para detectar problemas de salud en los puntos de ingreso y se están realizando pruebas de la calidad del agua en tres puntos de ingreso y en regiones fronterizas con países afectados por el cólera.
- Se desplegó un equipo multidisciplinario compuesto por miembros del Ministerio de Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y organizaciones asociadas a nivel nacional y subnacional para realizar investigaciones epidemiológicas exhaustivas, búsquedas activas de casos y esfuerzos de movilización comunitaria en las áreas afectadas.
- Se están llevando a cabo actividades de vigilancia para investigar y vigilar los casos de diarrea en todas las regiones afectadas.
- El Laboratorio Nacional de Salud Pública continúa apoyando a las regiones afectadas proporcionando kits de prueba y recolectando muestras en caso de que se reporte algún sospechoso de cólera.
- La gestión de casos sospechosos está en curso y se facilita mediante el establecimiento de un centro de tratamiento de diarrea en Tanga.
- Se desplegó un equipo de expertos en WASH (agua, saneamiento e higiene) en Shinyanga y Dodoma para llevar a cabo actividades de WASH, que incluyen la distribución de purificadores de agua y kits de higiene a las comunidades.
- En todos los distritos afectados se están llevando a cabo actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria, incluida educación sanitaria sobre la enfermedad y medidas preventivas.

Interpretación de la situación

Tanzania logró controlar el brote en más de la mitad de las regiones afectadas por el cólera. Sin embargo, se siguen reportando muertes en las regiones activas. Identificar y abordar los factores de riesgo que contribuyen a la propagación de la epidemia en otras regiones, como el desplazamiento de las comunidades pesqueras en Kagera, es esencial para los esfuerzos de contención.

100% online

Otorga créditos SADI
Inicio: junio

sadi Sociedad Argentina
de Infectología

mednet

Curso virtual

Uso de Antimicrobianos en Infecciones Odontogénicas

Directores:

Dra. Rosa Contreras, Dr. Javier Farina

Coordinador:

Dr. Fernando Mozún



Más info e inscripciones | www.mednet.com.ar

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.